

Desmistificar os medos da criança com doença oncológica através do lúdico

Liliana Raquel Gomes Alcântara

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação

Setembro, 2013

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria do Carmo Pereira de Campos Vieira da Silva e coorientação científica da Professora Doutora Maria Cristina Ferreira Saraiva Pires Gonçalves.

Pela minha parte direi que tive a sorte de ter andado aos ombros de gigantes, para ver o que está mais longe e de caminhar ao nível dos pequenos para ver melhor aquilo que está perto.

(João dos Santos, 2007, p. 83)

Agradecimentos

Ao longo deste caminho privilegiei de ajudas brilhantes: família, companheiro e amigos, aqui deixo expresso o meu obrigada.

Em particular deixo os seguintes agradecimentos...

À orientadora, Professora Doutora Maria do Carmo Vieira da Silva e à coorientadora, Professora Doutora Cristina Gonçalves pelo ensinamento e olhar crítico ao longo deste estudo;

À Dr.^a Margarida Fernandes pela preciosa colaboração na caracterização do contexto;

À Rosário Carvalho pela força desde a conceção do projeto;

Ao Pedro Vaz pela elaboração das ilustrações que espelham cor no projeto.

Resumo

O presente estudo pretende avaliar a pertinência da aplicação de um projeto em contexto hospitalar, no sentido de desmistificar os medos da criança com doença oncológica através do lúdico.

Neste sentido, os objetivos específicos são os seguintes: conhecer a adequação das atividades lúdicas para tratar os medos em contexto hospitalar; conhecer a importância do instrumento de identificação de medos e a sua apropriação para verificar a ocorrência da diminuição dos medos e conhecer a relação entre as atividades lúdicas e a educação e identificar o contributo educativo do projeto.

A metodologia aplicada no presente estudo utilizou informantes-chave para responder a uma entrevista semiestruturada sobre a viabilidade do projeto.

Os resultados do estudo referem que a aplicação do projeto em contexto hospitalar tende a desmistificar os medos, uma vez que a criança ao conhecer o desconhecido (materiais e procedimentos médicos), de uma forma lúdica, constrói uma ponte entre os seus medos e a realidade, os quais tendem a diminuir pela aproximação ao conhecimento dos mesmos.

Na presença destes resultados considera-se relevante a intervenção do educador no contexto oncológico e a formação de equipas multidisciplinares como possíveis estratégias para enfrentar a realidade oncológica, a fim de atender adequadamente as necessidades da criança com doença oncológica.

Palavras-chave: pediatria oncológica, lúdico, medos, aprendizagem, contexto hospitalar.

Abstract

The present study pretends to evaluate the relevance of the application of a project in a hospital environment, in a way to demystify the fears and frightens of oncologic diseases through ludic activities.

In that matter, the main objectives are the following: to comprehend the adequacy of the referred ludic activities on the treatment in hospital environment, apprehend the importance of the fear identification instrument in the mitigation of the said fears and its relevance in the verification of fear minimizing. Evaluate the relation between ludic activities and education, as well as identifying the educative contribution in the project.

The methodology applied in the present study used key-informants to rate a semi-structured interview about the project viability.

The results refer that the application of said project in a hospital context tends to demystify the fears, in a way that the child is introduced to the unknown (objects and medical procedures) in a fun way, building a bridge between reality and fears, which tends to decrease as the knowledge about said procedures increases.

The results reveal the relevance of the educator in an oncologic context and the intervention of multidisciplinary teams as possible strategies in facing the oncologic reality, in a way to properly attend the needs of the oncologic child.

Keywords: oncologic pediatrics, ludic, fear, learning, hospital environment.

Índice

Introdução	1
Fundamentação teórica.....	4
1. O LÚDICO NA INFÂNCIA.....	4
1.1. Lúdico: brincadeira, brinquedo e jogo	4
1.2. Aprendizagem através do lúdico.....	7
1.3. Atividades lúdicas específicas	9
1.3.1. Brincar ao faz-de-conta.....	9
1.3.2. Desenho	10
1.3.3. Jogo <i>Sentimentos</i>	12
1.3.4. Leitura	13
2. PEDIATRIA ONCOLÓGICA.....	15
2.1. Doença oncológica e contexto hospitalar	15
2.2. Internamento hospitalar	16
2.3. Cuidados de saúde em idade escolar	17
2.4. O espaço escolar no internamento hospitalar.....	21
3. O LÚDICO APLICADO AOS MEDOS EM CONTEXTO HOSPITALAR	23
3.1. Os medos da criança com doença oncológica	23
3.2. A importância do lúdico em contexto hospitalar.....	25
Estudo empírico.....	28
1. Metodologia	28
1.1. Participantes.....	28
1.2. Caracterização do contexto a aplicar o projeto	29
1.2.1. Síntese da entrevista.....	29
1.3. Instrumentos	31

1.4. Procedimentos	33
2. Análise e discussão de resultados	33
2.1. Análise de conteúdo.....	33
2.2. Apresentação e análise de resultados	36
2.2.1. Perceções dos profissionais relativamente às atividades lúdicas	36
2.2.1.1. Adequação	36
2.2.1.2. Visão sobre as atividades lúdicas.....	37
2.2.1.3. Reação das crianças	40
2.2.2. Perceções dos profissionais relativamente aos medos	41
2.2.2.1. Instrumento de identificação de medos.....	41
2.2.2.2. Apropriação do instrumento	43
2.2.2.3. Escala de medo	43
2.2.3. Perceções dos profissionais relativamente à aprendizagem	44
2.2.3.1. Desmistificar os medos em contexto hospitalar	44
2.2.3.2. Relação entre as atividades lúdicas e a educação	45
2.2.3.3. Contributo educativo	46
2.3. Discussão de resultados	47
Conclusões e recomendações	50
Bibliografia.....	56
Anexos	62

Índice de quadros

Quadro 1 - Adaptação de Coyne (2006) 24

Quadro 2 - Categorias e subcategorias para análise de conteúdo das entrevistas 35

Lista de anexos

Anexo I – Projeto

Anexo II – Guião de entrevista

Anexo III – Protocolo das entrevistas realizadas aos informantes-chave

Anexo IV – Análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos informantes-chave

Introdução¹

O presente estudo pretendeu, inicialmente, elaborar uma proposta de instrumento a aplicar em contexto hospitalar no sentido de identificar os medos da criança com doença oncológica, em idade escolar, e conhecer a importância do lúdico, representado em quatro atividades lúdicas específicas, na diminuição dos respetivos medos. Como tal foi realizado um pedido formal a uma instituição hospitalar na área da grande Lisboa para a aplicação do projeto, no entanto, uma vez que este foi recusado, foram estabelecidas novas estratégias para o plano de estudo traçado.

Assim, a investigação sofreu alterações e transitou para uma nova abordagem que procurou avaliar o projeto que se pretendeu aplicar, com o propósito de conhecer a exequibilidade da sua concretização junto desta população. Consequentemente optou-se por uma recolha de informação junto de profissionais vinculados à realidade oncológica, designados de informantes-chave, sendo estes uma educadora, uma psicóloga, uma enfermeira e um membro da Operação Nariz Vermelho. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral: avaliar a pertinência do projeto em contexto hospitalar, no sentido de desmistificar os medos da criança com doença oncológica através do lúdico.

O título da dissertação manteve-se fiel ao título do projeto inicialmente elaborado, uma vez que *Desmistificar os medos da criança com doença oncológica através do lúdico*, inclui na mesma esfera as palavras «desmistificar» e «diminuir». No entanto, a palavra «diminuir» não se encontra diretamente expressa no título pela seguinte razão: se desmistificar é conhecer o desconhecido, a criança com doença oncológica, ao conhecer os materiais e procedimentos médicos que lhe causam medos, tende a compreender a sua envolvimento e consequentemente diminuir os seus medos.

¹ Este trabalho foi escrito ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

O presente estudo surge na medida em que se torna necessário refletir o campo de ação do educador. Muitas vezes limitado a um contexto de aprendizagem formal, o educador ganha notoriedade, em particular neste estudo, uma vez que este apresenta-se como um mediador para trabalhar os medos da criança com doença oncológica através do lúdico, em contexto hospitalar.

Neste sentido, o educador inclui-se numa equipa multidisciplinar que reúne educação e saúde, na qual educadores e enfermeiros encontram-se a par neste objetivo. Colocando a tónica na educação, Lacerda (2010) afirma que, em contexto hospitalar, a educadora “proporciona actividades lúdicas para as crianças e acompanhantes, tanto em internamento como em ambulatório. Usando a brincadeira ajuda à integração no ambiente hospitalar” e a professora “colocada na escola do IPO através do Ministério da Educação, ajuda na integração escolar, sobretudo durante os períodos de internamento” (p. 18).

Ao tratar-se de internamento em situação de doença oncológica, os profissionais procuram responder às necessidades da criança, de forma mais adequada:

A função das educadoras nos serviços de pediatria, embora importante em todos os grupos etários, tem aqui um papel fulcral, permitindo a criação de um espaço lúdico onde podem ser expressas angústias e resolvidos conflitos, promovendo uma adaptação mais fácil ao internamento e às intervenções terapêuticas necessárias. (Malheiro & Cêpeda, 2006, p. 63)

A partir deste ponto surgem os medos associados ao contexto hospitalar. Como tal, os seguintes objetivos do presente estudo procuram dar viabilidade ao projeto que se pretendeu aplicar:

- Conhecer a adequação das atividades lúdicas para tratar os medos em contexto hospitalar;
- Conhecer a importância do instrumento de identificação de medos e a sua apropriação para verificar a ocorrência da diminuição dos medos;

- Conhecer a relação entre as atividades lúdicas e a educação e identificar o contributo educativo do projeto.

Este estudo de carácter qualitativo recorreu aos *pontos de vista* dos informantes-chave como instrumento de análise do projeto que se pretendeu aplicar. Flick (2005) explica: “o núcleo da investigação são as diferentes formas de o indivíduo investir de significado os objectos, acontecimentos, experiências, etc. A reconstituição desses pontos de vista subjectivos torna-se o instrumento de análise das realidades sociais” (p. 18).

Os *pontos de vista* dos informantes-chave surgem de forma a avaliar os três temas que sustentam o projeto que se pretendeu aplicar: atividades lúdicas, medos e aprendizagem.

A estrutura do estudo organiza-se em três componentes: a primeira corresponde à fundamentação teórica, a qual resulta numa revisão de literatura que salienta os aspetos mais relevantes: a expressão do lúdico na criança com doença oncológica e os medos associados em contexto hospitalar; a segunda apresenta a metodologia utilizada e a análise e discussão dos resultados; e por último, a terceira remete para as conclusões e recomendações do estudo.

Fundamentação teórica

1. O LÚDICO NA INFÂNCIA

1.1. Lúdico: brincadeira, brinquedo e jogo

Em Portugal, ao tratar-se de lúdico, encontram-se múltiplas denominações associadas, sendo as mais correntes brincar, brincadeira, brinquedo e jogo. Uma vez que a bibliografia citada para o presente estudo é, em grande parte, proveniente do Brasil, salientam-se também os termos mais utilizados. Assim, acrescenta-se às referidas anteriormente, os conceitos brinquedoteca, ludicidade e ludoteca.

Brincar é um direito da criança. A *Lei de Bases do Sistema Educativo n.º 46/86, de 14 de Outubro* determina o seguinte objetivo para a educação pré-escolar: “Desenvolver as capacidades de expressão e comunicação da criança, assim como a imaginação criativa, e estimular a actividade lúdica”. Sendo este o objetivo definido para a educação pré-escolar, o professor deve continuar o mesmo na educação escolar, a fim de dinamizar os recursos existentes. A corroborar, Pessanha (2001) afirma: “Será dever do educador encarar as suas opções pedagógicas numa atitude aberta e flexível, tentando conciliar o processo educativo com as dinâmicas sociais e históricas da sociedade em que se insere” (p. 97).

Ao longo da literatura constata-se que o lúdico não é definido de igual modo para todos os investigadores, visto que alguns assumem o lúdico como jogo e outros como brincadeira e brinquedo. Contudo, a investigação em torno do lúdico indica maior reflexão para brincadeira, brinquedo e jogo. Neste sentido, procura-se esclarecer cada um destes conceitos, dando mais destaque ao jogo, referenciado por muitos investigadores.

Brincadeira e brinquedo relacionam-se entre si, uma vez que brincadeira refere-se à ação e brinquedo ao objeto, sendo a criança o intermediário entre os dois. Kishimoto (2003) define brincadeira como “a ação que a criança desempenha ao

concretizar as regras do jogo, ao mergulhar na ação lúdica. Pode-se dizer que é o lúdico em ação” (p. 21). No que diz respeito ao brinquedo, Kishimoto (2002) caracteriza-o como “objecto, suporte de brincadeira” (p. 7), contudo esta concepção singular é desenvolvida pela mesma investigadora, Kishimoto (2003), em obra mais recente, na qual confere mais valor ao brinquedo ao mencionar que “não pode ser reduzido à pluralidade de sentidos do jogo, pois conota criança e tem uma dimensão material, cultural e técnica. Enquanto objeto, é sempre suporte de brincadeira. É o estimulante material para fazer fluir o imaginário infantil” (p. 21).

A interação dos termos brincadeira, brinquedo e jogo constata-se em diferentes perspectivas, verificando-se a relação de brincadeira e brinquedo com jogo. Na dinâmica brinquedo e jogo, Kishimoto (2002) designa jogo como objeto, tal como brinquedo, todavia atribui ao jogo as suas próprias regras, sendo precisamente neste ponto que reside a diferença entre os dois. Já na perspectiva de Dias (2005), brincadeira, brinquedo e jogo apresentam-se encadeados numa sequência que dá origem ao jogo:

Qualquer objecto exterior sobre o qual a criança pode agir gratuitamente constitui alvo da sua brincadeira. Porque é utilizado, porque suporta uma actividade de repetição ou uma actividade que lhe oferece prazer, a brincadeira converte-se em jogo e solta a imaginação, a criatividade, a concentração e a atenção. Distrai e favorece a linguagem e o interesse pelo desafio. Enriquece o mundo interior e oferece experiências para compartilhar, comunicar com os outros. (p. 124)

Deste modo, destaca-se o jogo ao ser frequentemente mencionado na literatura, quando se reporta ao lúdico. Os autores que abordam o jogo referem determinantemente a obra de Johan Huizinga, *Homo Ludens*, centralizada no jogo como elemento lúdico da cultura. De acordo com Huizinga (2003) o jogo é uma atividade voluntária, limitada no espaço e no tempo, sob “regras livremente aceites mas estritamente vinculativas, e que se institui como um fim em si mesmo, sendo acompanhado por um estado de espírito de tensão e de alegria, bem como pela consciência de ser ‘diferente’ da ‘vida normal’” (p. 45). Além de que Huizinga (2003)

acrescenta significado ao jogo: “Tem uma função *significante*, ou seja, tem um sentido. No jogo há qualquer coisa ‘em jogo’ que transcende as necessidades imediatas da vida e que confere sentido à acção. Todo o jogo tem um significado” (p. 17). Ao colocar a tónica no jogo, Huizinga (2003) confere-lhe as seguintes características: a) carácter não sério – o jogo não pertence à esfera do real, transita para o exterior da realidade como uma ação temporária. “Todas as crianças sabem muito bem que só estão a ‘fazer de conta’, ou que era ‘só a brincar’” (p. 24). No entanto, esta característica não impede que a atividade decorra com seriedade; b) cultura – o jogo associado à sua limitação no espaço e no tempo assume um carácter cultural. Torna-se tradição por ser transmitido e pode ser repetido em qualquer momento, sendo a repetição uma das características fundamentais do jogo; espaço e duração – o jogo está limitado a um determinado espaço e tempo. “‘Joga-se’ dentro de limites de tempo e de espaço. Tem duração e significado próprios” (p. 25); liberdade – o jogo é uma ação voluntária, de carácter espontâneo e natural e pode ser interrompido em qualquer momento, se for realizado através de uma ordem não é considerado como jogo. “As crianças e os animais brincam porque gostam de brincar e é aí precisamente que reside a sua liberdade” (p. 24); ordem – o jogo requer uma ordem absoluta, qualquer desvio fá-lo afastar-se do seu carácter. A relação entre o jogo e a ordem prende-se com o domínio da estética: “O jogo tende a ser belo” (Huizinga, 2003, p. 26).

Considerando estas características, igualmente expostas por outros autores, não é de esquecer o carácter lúdico do jogo, detentor do prazer através realização da atividade, sendo para Huizinga (2003) “precisamente esse elemento de diversão que caracteriza a essência do jogo” (p. 19).

Posto isto, o lúdico isoladamente não é aplicável, uma vez que necessita de uma figura para produzir efeito, a ação lúdica. Pessanha (2001) define atividade lúdica “como uma manifestação frequente e espontânea no comportamento do ser humano, pensando-se ser uma atitude natural e indispensável ao seu desenvolvimento” (p. 19). Traduzindo-se na possibilidade de duas formas, a atividade lúdica pode ser realizada formal ou informalmente, ou seja, naturalmente a criança brinca, contudo a brincadeira pode ser conduzida no meio escolar pelo professor com fins pedagógicos.

Os cinco sentidos da criança a convergir no jogo estimulam o desenvolvimento das suas potencialidades. Neste sentido, a interação entre aprendizagem e lúdico verifica-se através do jogo. Dias (2005) aprofunda: “o jogo contribui para a construção da personalidade, permite a relação com os outros e com o meio ambiente, permite a exploração, a manipulação e a experimentação numa dicotomia onde aprendizagem e brincadeira andam de mãos dadas” (p. 127).

A dinâmica estabelecida na ação lúdica transforma-se numa forma de expressão singular, uma vez que a brincadeira é conduzida pela criança. Sendo esta a figura principal na ação, o jogo tende a tornar-se um meio para transmitir uma mensagem: “o jogo é uma linguagem inconsciente através da qual deixa transparecer a sua inteligência, a sua vontade, o seu carácter, a sua personalidade, as suas emoções e ideias sobre o mundo e os Homens” (Dias, 2005, p. 121). A linguagem não-verbal manifesta-se através da brincadeira e “a criança expressa de forma simbólica as suas fantasias, desejos e experiências vividas” (Tavares, 2011, p. 13). Tendo em conta o envolvimento de diversos elementos na ação lúdica e os benefícios que são produzidos, Huizinga (2003) ousa destacar o jogo como a categoria mais importante da vida.

1.2. Aprendizagem através do lúdico

O ser humano encontra-se em constante aprendizagem através do contacto que estabelece com o meio e pelo conhecimento que dele adquire. Na infância, o lúdico inclui-se no meio promotor de conhecimento, dado que as necessidades e os desejos da criança se concretizam a partir da realização deste.

De forma a compreender a interação entre lúdico e aprendizagem é necessário considerar a existência de duas funções: educativa e lúdica. De acordo com Kishimoto (2002) o jogo educativo possui a função educativa e a função lúdica, a primeira quando ensina o indivíduo e a segunda no sentido de promover o prazer, sendo o equilíbrio destas duas funções o objetivo do jogo educativo. No entanto, o desequilíbrio entre a função educativa e a função lúdica indica a predominância de somente uma função,

quando a função educativa predomina sob a função lúdica existe somente ensino e quando a função lúdica predomina sob a função educativa existe somente jogo. A harmonia entre estas duas funções considera-se ideal para estabelecer uma ação de aprendizagem através do lúdico.

No decorrer da ação lúdica, a criança não está concentrada em adquirir conhecimento, tal como assegura Kishimoto (2002): “Quando ela brinca não está preocupada com a aquisição de conhecimento ou desenvolvimento de qualquer habilidade mental ou física” (pp. 4-5). Todavia, o lúdico promove o desenvolvimento de capacidades e competências na criança associadas ao desenvolvimento cognitivo, uma vez que “qualquer objecto utilizado como jogo pela criança constitui uma **fonte de progresso e aprendizagem** de uma perspectiva didáctica” (Borràs, 2002, p. 233). De igual modo, a sustentar, Kishimoto (2002) revela que “Em qualquer tipo de jogo a criança sempre se educa” (p. 23).

A título de exemplo, Kishimoto (2002) refere que é exequível a aprendizagem de matemática através de uma atividade lúdica constituída por uma balança e objetos de peso igual. A criança é capaz de compreender noções matemáticas através de um jogo da seguinte forma:

Por exemplo, é possível ensinar certas equações matemáticas como $a=b$; $2a=2b$, $X=Y$ por meio de uma balança com objetos com o mesmo peso. Assim, pode-se dizer que objetos diferentes mas com o mesmo peso são iguais e, quando se aumenta um deles, é necessário aumentar o outro. O jogo permite visualizar concretamente a equação matemática em que se postula que X é igual a Y , ou que A é igual a B . Desta forma, pela brincadeira com balanças, a criança está aprendendo equações matemáticas, realizando comparações, analogias. (p. 9)

Aprofundando a questão no respeitante ao contexto hospitalar, Borges, Nascimento e Silva (2008) garantem: “a criança aprende com espontaneidade, sem estresse ou medo de errar; utiliza o prazer na aquisição do conhecimento” (p. 217). A complementar, mais recentemente, Silvério e Rubio (2012) asseguram que a dinâmica

existente entre aprendizagem e lúdico alivia a desmotivação, a pressão e o *stress* da criança hospitalizada, sendo a continuidade da aprendizagem um estímulo motivacional e vital para a sua recuperação.

A aprendizagem em contexto hospitalar é vista como um grande benefício: “A criança, quando se vê capaz de produzir e de aprender, ganha vida. A doença vai-se minimizando diante da possibilidade de aprender. A aprendizagem no hospital é vida” (p. 24).

1.3. Atividades lúdicas específicas

As atividades lúdicas específicas remetem para quatro formas de ação lúdica na vida da criança. A seleção das atividades para o projeto que se pretendeu aplicar deveu-se à sua relevância na literatura relativamente ao lúdico em contexto hospitalar. Tal como Fontes (2005) explica: “Através de produções artísticas, como fantoches, desenhos ou contações de histórias, a criança expressa o que sente naquele universo” (p. 23).

1.3.1. Brincar ao faz-de-conta

O jogo faz-de-conta é igualmente designado como jogo imaginativo, jogo de papéis ou jogo sócio dramático, sendo associados os termos fantástico, imaginativo, representativo, simbólico, de ficção e de simulação como sinónimos, quando utilizados para tratar o mesmo facto (Bomtempo, 2003).

Em contexto hospitalar, a criança quando brinca ao faz-de-conta adota a figura de médicos e enfermeiros através de bonecos, “Escolhendo o papel do médico ou do fantasma, a criança pode passar do papel passivo para o ativo e aplicar a uma outra pessoa, a uma criança ou uma boneca o que foi feito com ela” (Bomtempo, 2003, p. 68). Em 1971, Peller refere que este trajeto, a passagem do papel passivo para o papel ativo, é o processo principal da grande maioria das atividades lúdicas, na medida em que “Reduz o efeito traumático de uma experiência recente e deixa o indivíduo melhor

preparado para ser submetido novamente ao papel passivo, quando necessário” (citado por Bomtempo, 2003, p. 68). Também, Piaget (1978) afirma que “a boneca serve apenas de ocasião para a criança reviver simbolicamente a sua própria existência”, logo “todos os eventos, alegres ou aborrecidos, que ocorrem na vida da criança repercutir-se-ão nas suas bonecas” (p. 140).

O brincar ao faz-de-conta também é uma forma de preparação para situações hospitalares durante o internamento. Santos (2006) explica:

A existência de bonecos, balões de soro, seringas, roupas para fantasiar, (médico, enfermeiro, etc.) permitirão também à equipa poder preparar a criança através da brincadeira, mostrando-lhe o que vai acontecer durante a sua estadia no hospital e quais as diferentes intervenções a que será sujeita. (p. 42)

Esta dinâmica que envolve materiais através da brincadeira prepara a criança para os procedimentos médicos e consequentemente facilita a intervenção dos profissionais.

1.3.2. Desenho

O desenho infantil surge como proposta de atividade lúdica, no sentido da criança trabalhar individualmente os seus próprios medos, através da expressão do lápis no papel. Não se pretende avaliar o desenho de forma a compreender o seu conteúdo, mas antes colocar a criança a trabalhar indiretamente os medos, de forma a transpor para o papel o que a assusta no pensamento. “Por meio do desenho pode fugir às suas tristezas e problemas e, o que é mais importante, ao elaborá-los, procurar soluções” (Salvador, 1994, p. 15).

O ato de desenhar assume-se como uma atividade voluntária, tal como acontece com o ato de brincar. Salvador (1994) afirma que “O desenho é, para a criança, em primeiro lugar, um jogo e diverte-se com ele como quando brinca com as suas bonecas ou automóveis” (p. 13). Através da composição do desenho, constituído

por múltiplos elementos heterogêneos e coloridos, a criança “Inventa histórias com eles em que pode estar presente, tanto na sua realidade, como nos seus argumentos irrealis, fantásticos e até impossíveis” (Salvador, 1994, pp. 13-14). Igualmente, Gândara (1998) reforça a concepção de que “todas as crianças, ao criarem imagens, estão a exprimir ideias cheias de significado para si próprias” (p. 19).

No que diz respeito ao conteúdo do desenho, Salvador (1994) salienta que a projeção da figura humana através do desenho representa a sua própria percepção. Assim, “ao desenhar a figura humana expressa-se a *imagem corporal*, quer dizer, a concepção interior que o indivíduo tem do próprio corpo e das suas funções num mundo social e físico” (p. 55).

Passando para um caso prático, Salvador (1994) relata o caso de uma professora que durante a aula propôs o medo como tema para a realização de um desenho com o propósito de compreender os medos dos seus alunos. Após a realização do desenho, a professora observou alguns objetos desenhados pelos alunos que seriam a causa dos seus medos. Deste modo, a criança, ao passar para o papel os medos é capaz de controlá-los: “O fantasma, a bruxa e a serpente, desenhados na folha, estão controlados, não metem medo a quem os desenhou, pois ao fazê-lo dominou-os e foi mais forte do que eles” (Salvador, 1994, p. 73). Este domínio do medo é igualmente referido por Tavares (2011) ao afirmar que a criança “Pode também experimentar situações que a assustem, podendo inclusivamente assumir o controlo das mesmas, situação que não consegue no mundo real, conseguindo desta forma (apesar das habilidades linguísticas limitadas), expressar ao observador os seus medos e desejos” (p. 67).

Em contexto hospitalar, o desenho possui fins terapêuticos no sentido de a criança exprimir os sentimentos e de forma a diminuir a ansiedade e o medo resultantes da envolvimento hospitalar. Em 2003, Oppenheim refere que a investigação em torno do desenho é capaz de expressar a forma como a criança hospitalizada vive as situações e o impacto nas concepções que possui sobre si e sobre a sua família (citado por Gonçalves, 2006, p. 17). Igualmente, o desenho proporciona a libertação de tensões, tal como Esteves (2004) revela: “A verbalização do que sente e o uso de

desenho e jogo devem ser incentivados de modo a diminuir a angústia e ansiedade” (p. 168).

Mais recentemente, Silva (2010) reflete sobre a expressão de sentimentos de crianças hospitalizadas através do desenho e conclui que este funciona como um facilitador na relação com o outro, para além de ser uma forma de expressão de sentimentos ou de cognição e personalidade, como fora inicialmente estudado por outros investigadores. Assim, Silva (2010) afirma que o desenho aplicado em contexto hospitalar pode ser utilizado “em substituição ao discurso verbal da criança” (p. 451) para que esta “possa se expressar durante o processo de hospitalização” (p. 454). Outra mais-valia do desenho prende-se com o facto de poder ser “um instrumento eficaz na comunicação do que a criança sente, revelando seu sofrimento psíquico e suas angústias, possibilitando, a partir disso, intervenções neste sentido” (Silva, 2010, p. 453).

Por conseguinte, em contexto hospitalar, constata-se que o desenho ao propiciar a expressão da criança poderá desenvolver a sua comunicação com o outro. Como tal, funciona da mesma forma que o brincar ao faz-de-conta, na medida em que promove a relação com os profissionais de saúde e consequentemente facilita os procedimentos médicos.

1.3.3. Jogo *Sentimentos*

Graça Gonçalves, autora de uma coleção de livros e jogos de afetos publicados pela editora Gostar (fundada pela própria autora em 1995) criou o Lugar dos Afetos, um espaço concebido para transpor os afetos presentes na sua coleção. A sua ação centra-se na temática dos afetos e é aconselhada por várias entidades, nomeadamente, o Ministério da Educação, o Plano Nacional de Leitura e o Serviço de Educação da Fundação Calouste Gulbenkian servem a título de exemplo.

Por conseguinte, Pais, Assessora e Diretora Adjunta do Serviço de Educação da Fundação Calouste Gulbenkian e do Centro de Arte Moderna José de Azeredo Perdigão reconhece que a inovação nesta coleção de jogos “é a introdução de técnicas de jogo

de percurso, da simbologia das palavras-chave em relação à temática abordada e à criação de redes significativas que ajudam a ultrapassar dúvidas, momentos difíceis e a desenvolver sentimentos de solidariedade”.

O jogo *Sentimentos* é um dos diversos jogos da coleção Gostar, sendo recomendado pelo núcleo de Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pelo programa de Promoção e Educação para a Saúde. O jogo é constituído por um baralho de 66 cartas e pretende ajudar a identificar, compreender e expressar emoções, de forma a partilhar experiências, muitas vezes, difíceis de revelar.

1.3.4. Leitura

A partir de um livro, a criança consegue transformar o seu mundo, inventar e reinventar histórias. Um livro integra informações, em forma de texto e, por vezes, acompanhado por imagem para a criança mergulhar no universo da criatividade. Neste sentido é necessário estimular a criança para tal: “Levar a criança a entrar na aventura de ler é abri-la a mil possibilidades e oferecer-lhe uma alternativa importante, a alternativa de pensar, de contemplar, de se aproximar do mundo da fantasia, da aventura, da realidade e do mistério” (Gómez del Mazano, 1990, p. 13).

A estimulação pela leitura, por parte do adulto, educador ou não, deve ser orientada com o propósito de obter informação adequada à faixa etária. No momento de leitura, a criança deve aproximar-se do livro também por agrado:

A criança aproxima-se da obra literária não só pelo conteúdo, mas também pelo gozo e pelo gosto estético que a linguagem proporciona, a partir da harmonia dos elementos que integram a comunicação que o conto encerra, desde a fantasia, o símbolo ou o realismo que servem de caminhos para que lhe chegue a mensagem. (Gómez del Mazano, 1990, p. 14)

Neste sentido, a criança ao explorar a leitura, potencia a sua criatividade e consequentemente a sua produção artística noutras modalidades de expressão: “Ler

alimenta as jovens mentes em crescimento e as crianças necessitam de livros de boa qualidade nas suas vidas” (National Research Council, 2008, p. 34).

Em contexto hospitalar, a leitura é utilizada como estratégia de humanização no tratamento da criança hospitalizada. Para corroborar tal facto, Moreno, Diniz, Magalhães, Souza e Silva (2003) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a importância da leitura para a criança, acompanhantes e profissionais de saúde, no sentido de contribuir para o processo de cura. Após uma avaliação a estes participantes, os investigadores concluíram que a leitura de contos infantis, realizada por profissionais e voluntários é adequada como uma estratégia de humanização para a criança hospitalizada, acompanhantes e profissionais de saúde. Tal confirma-se pelas seguintes unidades de sentido:

melhor aceitabilidade de procedimentos dolorosos; alívio da dor e/ou esquecimento momentâneo da doença; sentimentos de alegria, relaxamento e confiança; melhora da auto-estima e da doença; viagem ao mundo da fantasia; construção da aptidão à leitura e desenvolvimento do hábito de leitura. (p. 167)

Igualmente, Albano e Correa (2011), verificam a situação anteriormente descrita: a leitura de contos infantis promove o bem-estar da criança hospitalizada e dos seus acompanhantes. Tal verifica-se pelo alívio de ansiedades e pelo favorecimento de momentos relaxantes e lúdicos, envolvendo os profissionais de saúde num processo facilitador de comunicação. A reforçar a leitura de contos infantis como estratégia de humanização para a criança hospitalizada, Albano e Correa concluem: “la lectura de historias a los niños encamados de los servicios de hospitalización es una adecuada estrategia de humanización del cuidado”² (p. 379).

No que diz respeito à seleção dos livros infantis a utilizar no projeto que se pretendeu aplicar, optou-se por recorrer aos livros cedidos pela Associação Acreditar que tratam especificamente problemas correspondes à realidade oncológica. Como tal, os livros propostos são: *Gaspar-Químio*, *Os chapéus da Catarina*, *Rui-Rádio* e *Viva! Manual de boas-vindas*.

² “A leitura de histórias às crianças acamadas, dos serviços hospitalares, é uma estratégia adequada no respeitante à humanização dos cuidados”.

2. PEDIATRIA ONCOLÓGICA

2.1. Doença oncológica e contexto hospitalar

“No mundo inteiro, milhões de pessoas vivem com o diagnóstico de cancro” (Liga Portuguesa Contra o Cancro). Esta frase introdutória presente na página de *internet* da Liga Portuguesa Contra o Cancro explana a proporção do cancro. O panorama de cancro torna-se mais profundo ao tratar-se da vida de uma criança que tão pouco ou nada conhece sobre a realidade oncológica.

O Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica define cancro pediátrico para denominar qualquer tipo de tumor maligno. Este distingue-se do tumor benigno por possuir células anormais, crescer rapidamente, invadir tecidos adjacentes e ramificar-se para outros órgãos.

O cancro resulta de alterações designadas mutações genéticas que ocorrem no gene responsável pela produção de células. Quando ocorrem as mutações genéticas, as células normais transformam-se em células malignas e reproduzem-se desorganizadamente e rapidamente. A deslocação destas células para outros órgãos pode ser através de duas formas: através de metástases, quando as células malignas se instalam noutros órgãos ou através da infiltração nos órgãos próximos ao tumor.

A progressão do cancro depende de diversos fatores, alguns intrínsecos ao organismo e outros de carácter ambiental. Estes são pouco investigados na criança pela razão de que o tempo de exposição ao ambiente é reduzido, estabelecendo-se somente alguns vírus e a exposição a radiações.

A predisposição para desenvolver cancro hereditariamente é muito rara na criança. O desenvolvimento do cancro decorre de forma aglomerada e continuada, produzindo-se mais do que uma mutação genética, sendo que a primeira pode ocorrer na vida intrauterina (Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica).

De acordo com Esteves (2004) o cancro é mais raro na criança do que no adulto, contudo é a segunda causa de morte na criança portuguesa entre um e catorze anos de idade. O mesmo autor esclarece que os tipos de cancro infantil mais

frequentes são as leucemias e os linfomas precedidos dos sarcomas e tumores embrionários. Os tipos de terapia habitualmente aplicados para combater o cancro infantil, segundo Araújo (2011) consistem na cirurgia, na quimioterapia, na radioterapia e no transplante de medula óssea, podendo ser utilizados isoladamente ou coexistir em combinação, a fim de superar a doença.

Em Portugal existem hospitais e associações dirigidas especialmente para combater esta enfermidade no sentido de prestar cuidados de saúde individualizados à criança com doença oncológica.

2.2. Internamento hospitalar

Ao ouvir a palavra «hospital», associa-se intuitivamente sentimentos de dor e medo, mais doloroso ainda se torna quando se trata da transição do ambiente familiar para o internamento: “A admissão ao hospital apresenta muitos desafios para uma criança, família e para o sistema de cuidados de saúde” (Opperman, 2001, p. 203).

Este acontecimento na vida da criança com doença oncológica envolve naturalmente a sua esfera familiar, sendo considerado por Jardim e Batista (2006) como “uma experiência potencialmente traumática para a criança e sua família, pois implica a separação do ambiente familiar, das rotinas e a entrada num mundo desconhecido, intimidante, causador de sofrimento e dor e de limitação da privacidade e da liberdade” (p. 27). Assim, a criança com doença oncológica “é abruptamente arrancada do seu mundo imaginário para ser transferido para o mundo dos adultos; a partir do momento do diagnóstico, existem mudanças irreversíveis na saúde e na vida dessa criança” (Esteves, 2004, p. 167).

De acordo com Lacerda (2010), o isolamento poderá ser de dois tipos: isolamento protetor e isolamento reverso. O primeiro acontece quando existe aplasia medular, em que os valores de leucócitos e/ou neutrófilos diminuem e a criança ficará isolada num quarto para se proteger das infeções e o segundo, acontece quando já existe uma infeção facilmente contagiosa e a criança poderá até ser transferida para outro hospital para reduzir o contágio a outras crianças.

Sendo o internamento um processo com tempo desconhecido e podendo ser um internamento prolongado e/ou repetido, urge a necessidade de existir, quer numa sala de espera, quer numa sala de tratamento, um espaço destinado para a criança brincar, “um espaço com brinquedos, jogos e livros infantis” (Santos, 2006, p. 41). No entanto, além de outras regras e rotinas médicas, o brincar em situação de isolamento protetor e/ou reverso requer uma adequação ao contexto hospitalar. Como tal, Lacerda (2010) alerta os pais para ter em atenção as seguintes situações: evitar muitos brinquedos no quarto devido à acumulação de pó, utilizar brinquedos facilmente laváveis ou desinfetáveis e ajudar a criança a entreter-se com computadores ou consolas de jogos.

2.3. Cuidados de saúde em idade escolar

O campo cuidar remete para “um *acto de VIDA*, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar a reproduzir-se” (Collière, 1989, p. 235). Tratando-se não só de indivíduos, mas mais ainda de pessoas, cuidar cumpre assegurar uma ação individualizada: “Não é preestabelecida nem programável nem pode ser repetida de indivíduo para indivíduo. Deve ser sempre pensada, repensada, criada” (Hesbeen, 2000, p. 10).

A partir deste fio condutor, a prestação de cuidados de saúde não se cinge unicamente a cuidados físicos, ampliando também o seu leque a cuidados emocionais e psicológicos, a fim de alcançar estratégias com vista a ultrapassar a situação oncológica.

De acordo com Honoré (2004), existem três intenções na ação de cuidar: “a intenção de reparar, de aliviar; a intenção de satisfazer, de contentar; a intenção de formar, de educar, de acompanhar um desenvolvimento.” (p. 19). A primeira reporta-se ao sofrimento, a segunda ao prazer e a terceira ao suporte e plenitude.

A ação de cuidar é realizada por profissionais que trabalham em centros hospitalares, nomeadamente enfermeiros e auxiliares de ação médica, uma vez que:

“São os «paramédicos» que se formam no acolhimento e na relação do cuidado” (Honoré, 2004, p. 26). Contudo, Hesbeen (2000) esclarece este facto no que toca ao prestador de cuidados ao afirmar o seguinte:

O termo «prestador de cuidados», tantas vezes atribuído de forma restritiva e redutora apenas aos profissionais dos cuidados de enfermagem, deveria agrupar todos os que, pela sua actividade profissional, estão em contacto directo e permanente com os beneficiários dos cuidados e com os seus familiares. (p. 45)

Igualmente, estes profissionais possuem competências próprias da sua profissão para prestar cuidados de saúde, no sentido de contribuir para o bem-estar dos beneficiários: “Todas as pessoas que cuidam das crianças e os prestadores de cuidados de saúde devem estimular o seu desenvolvimento, proporcionando as oportunidades e o encorajamento necessário à realização destas importantes etapas” (Opperman, 2001, p. 154)

Não obstante, pretende-se focar o envolvimento do profissional de enfermagem, uma vez que é a figura mais presente no internamento hospitalar.

Focando a população a que se pretendeu aplicar o projeto, dar-se-á maior relevância aos cuidados de saúde em idade escolar, no presente caso, dos 6 aos 10 anos. De acordo com Erikson (1976), o desenvolvimento do ego na faixa etária 6-12 anos corresponde a indústria *versus* inferioridade. Esta etapa preconiza dois polos, indústria no sentido de desenvolver competências: “Pode-se tornar uma unidade viva e integrada de uma situação produtiva” (p. 238) e inferioridade: “O perigo para a criança nessa etapa reside em um sentimento de inadequação e inferioridade” (p. 239).

Deste modo é importante que a indústria prevaleça sob a inferioridade: “O objectivo para a criança em idade escolar é ter uma sensação de **indústria** que lhe permite desenvolver as capacidades valorizadas pela família e pela sociedade” (Opperman, 2001, p. 152). Por outras palavras, Fontes (2005) esclarece:

O trabalho pedagógico no hospital tem esse perfil: trabalhar a potencialidade da criança, e não o seu fracasso. A proposta não é trabalhar o que ela está impedida de fazer porque está doente, mas, sim, o que ela pode fazer mesmo estado doente. (p. 24)

Nesta linha de pensamento, a abordagem do enfermeiro face à criança hospitalizada deve refletir conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento da mesma. “Para tal deve elaborar um plano para que elas participem, com êxito, nos seus próprios cuidados, de forma a elevar o domínio de competências. A enfermeira, num certo sentido, deve preparar as crianças em idade escolar para o sucesso” (Opperman, 2001, p. 153).

Tendo em conta o que acima foi referido, o respetivo autor, Opperman (2001) considera relevante os seguintes pontos para tratar a criança em idade escolar:

- Facilitar a aquisição de competências com vista à indústria e não à inferioridade;
- Esperar que a criança colabore e siga as indicações;
- Proporcionar privacidade;
- Propiciar momentos para falar sobre os hábitos de vida saudáveis;
- Explicar os procedimentos e oferecer a oportunidade de manusear os materiais;
- Tentar manter uma rotina diária;
- Estabelecer comunicação;
- Manter os pais, sempre que possível, junto da criança;
- Reforçar os comportamentos de *coping* bem-sucedidos.

A fim de atentar no desenvolvimento da criança hospitalizada é necessário ter em atenção o seu desenvolvimento motor grosseiro, o desenvolvimento motor fino, o desenvolvimento da linguagem e o desenvolvimento pessoal-social (Opperman, 2001).

Como resultado dos cuidados de saúde prestados à criança em idade escolar, e colocando a par as atividades lúdicas, Opperman (2001) deixa patente a seguinte conclusão:

As actividades lúdicas com crianças em idade escolar podem proporcionar muitos benefícios terapêuticos. Alguns destes benefícios incluem a adaptação ao ambiente hospitalar, a consciência da imagem corporal, a interacção de grupo, a auto-expressão, o libertar de tensão, os exercícios de respiração e o controlo da dor. (p. 170)

A corroborar, em 1988, surge a Carta da Criança Hospitalizada preparada por várias associações europeias em Leiden, Holanda, incluindo Portugal, através do Instituto de Apoio à Criança – Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, a fim de afirmar os direitos da criança hospitalizada. Expõe-se alguns direitos que reforçam a abordagem acima referida.

- A criança hospitalizada tem direito a estar acompanhada pelos pais ou substitutos, dia e noite, independentemente da sua idade ou do seu estado;
- A instituição hospitalar deve disponibilizar um ambiente adequado às necessidades físicas, afetivas e educativas da criança hospitalizada, no que respeita a recursos humanos e recursos materiais;
- A equipa de saúde deve possuir a informação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais da criança hospitalizada e sua família;
- A equipa de saúde deve organiza-se de forma a garantir a continuidade dos cuidados de saúde prestados à criança hospitalizada;
- A intimidade da criança hospitalizada deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em qualquer circunstância.

Em forma de conclusão, Jorge (2006) salienta: “Contribuir para o cumprimento das recomendações da Carta da Criança Hospitalizada é garantir à criança o direito a Ser Criança mesmo quando está doente” (p. 81).

2.4. O espaço escolar no internamento hospitalar

Espaço escolar e escola são termos que não se aplicam de igual modo e daí não possuem o mesmo significado em contexto hospitalar. A escolha do título *espaço escolar* remete para um lugar que não pretende substituir a escola, mas antes acompanhar e responder às necessidades educativas específicas do aluno doente enquanto este se encontra no hospital, sendo menos sentido o hiato entre a estadia no hospital e o regresso à escola. A corroborar, Cordeiro (2006) afirma que “idealmente, quando o aluno regressar à escola, não deve sentir o impacto da sua ausência” (p. 40). O espaço escolar deve estar identificado e disponível para todos os alunos doentes em internamento, incluindo os que não se podem deslocar, como alunos doentes acamados ou em cadeira de rodas.

O conceito de sala de aula fechada com o objetivo de adquirir conhecimento não é utilizado no espaço escolar. Mais do que uma aprendizagem focada no currículo escolar, pretende-se disponibilizar um espaço no qual a criança se descentre da sua doença. No entanto, no espaço escolar torna-se difícil assegurar uma atividade focada numa determinada disciplina ou tema, visto que as crianças em idade escolar são, por norma, grupos heterogéneos, alterando-se, em contexto hospitalar, semanalmente ou reunindo crianças de diferentes níveis de ensino (Cordeiro, 2006, p. 40).

A atitude do professor é fundamental para a integração da criança no espaço escolar, requer competências de adaptação e de criatividade frente a qualquer situação. O cuidado em estabelecer a ponte entre o espaço escolar no hospital e a escola é da responsabilidade do professor, no sentido de “criar um ambiente de aprendizagem coeso e estruturado que possibilite a cada aluno nunca se afastar do seu ambiente natural de escola, ajudando-o a manter altos níveis de motivação e de interesse pela aprendizagem” (Cordeiro, 2006, p. 40). Atualmente, Silvério e Rubio (2012) reforçam o papel do professor a fim de “orientar, estimular e motivar a pessoa enferma e hospitalizada a prosseguir com seu aprendizado, afinal ela continua em crescimento e desenvolvimento e este processo não pode e não deve ser interrompido por ocasião de uma internação” (p. 2).

Em particular, no contexto oncológico, a criança apresenta características de aprendizagem específicas que podem exigir uma especial atenção por parte do professor, devendo este atentar nas suas capacidades, exigências e dificuldades, em idade escolar. Como estratégias de aprendizagem, as tecnologias de informação e comunicação (TIC) podem surgir como uma das ferramentas a utilizar de forma a potenciar o conhecimento, “possibilitando o acesso à informação, favorecendo a pesquisa, comunicação e partilha de saberes com outros grupos de colegas” (Cordeiro, 2006, p. 40). Esta ferramenta funciona como uma ponte entre a casa, a escola e o hospital, deste modo, o aluno doente poderá estar ligado às três em simultâneo.

3. O LÚDICO APLICADO AOS MEDOS EM CONTEXTO HOSPITALAR

3.1. Os medos da criança com doença oncológica

A entrada no hospital, pela perspectiva da criança, traduz-se num ambiente coberto de batas brancas e aparelhos desconhecidos, o que se torna assustador para esta, seja qual for a sua idade. A corroborar, Jansen, Santos e Favero (2010) afirmam que a criança hospitalizada encontra-se num ambiente “diferente do seu contexto diário, distante de seus familiares e amigos, e está cercada de pessoas estranhas que a todo o momento a tocam e realizam procedimentos que não raras às vezes lhe causam desconforto” (p. 248).

As transformações decorrentes da hospitalização refletem-se intensamente no estado psicológico da criança. Uma consulta, um tratamento ou um internamento suscitam ansiedade, *stress* e medo na criança, dependendo de vários fatores como a idade, o tipo de doença e o tempo de permanência no hospital. Thompson e Ashwill (1996) confirmam: “O modo de a criança reagir à hospitalização depende da sua idade, da preparação, das experiências anteriores com doenças, do apoio da família e da equipe médica, e das suas condições emocionais” (p. 27).

Na perspectiva de Tavares (2011), a envolvência hospitalar “pode gerar angústia psicológica, que pode ser percebida pela ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa” (p. 28), uma vez que “As salas de exames e de tratamentos estão repletas de aparelhos e instrumentos estranhos e assustadores” (Santos, 2006, p. 41) e “As intervenções cirúrgicas, em particular, activam medos da criança, ligados às fantasias de serem atacados, mutilados, ou castigados” (Gonçalves, 2006, p. 17).

Um estudo realizado na Austrália, por McCaffrey procurou determinar na criança com doença oncológica, os fatores stressantes, os efeitos do *stress* sobre o seu bem-estar, as consequências do *stress* e as estratégias de combate face à doença. Os fatores stressantes foram analisados pela perspectiva da própria criança, dos pais e dos profissionais de saúde, contudo pretende-se observar somente a opinião da criança,

dado ser o foco do presente estudo. McCaffrey (2006) constatou que os fatores stressantes para a criança com doença oncológica são os seguintes: agulhas, curativos, infeções, internamento prolongado, medo de morrer, medo de outras crianças morrerem, não poder estar com os amigos, perda de cabelo, falta de controlo, procedimentos médicos, punção lombar, quimioterapia, recaídas, resultados, sonda nasogástrica e testes de medula óssea.

Estes fatores considerados pela criança stressantes são maioritariamente os mesmos relatados pelos pais e pelos profissionais de saúde. Como resultado final McCafrey (2006) identificou os principais fatores stressantes: falta de autoestima, medo de morrer e procedimentos médicos.

Focando a esfera do medo, em Inglaterra, Coyne (2006) realizou um estudo com o objetivo de identificar quais os medos e as preocupações da criança hospitalizada, em idade escolar. Dividiu e agrupou os medos e as preocupações em quatro grupos: separação da família e amigos, estar num ambiente desconhecido, receber tratamento e perda da autodeterminação, tal como se pode observar no quadro 1.

Separação da família e amigos	Rutina: Atividades normais, desempenho escolar, relação com pares e rotina familiar.
Estar num ambiente desconhecido	Medos: Ambiente estranho, desconhecido e profissionais.
Receber tratamentos	Medos: Agulhas, alteração da imagem corporal, danos corporais, dor, erros no tratamento, morrer, mutilação e operações.
Perda de autodeterminação	Medos: Falta de controlo das necessidades pessoais, do sono, das refeições e do momento dos procedimentos, perda de independência e restrição de atividades.

Quadro 1 - Adaptação de Coyne (2006)

Paralelamente, os dois estudos correlacionam-se, pois apesar de o primeiro tratar de fatores stressantes e o segundo de medos e preocupações, o *stress* provoca

preocupações e consequentemente medos. Deste modo, verifica-se a existência de *itens* comuns entre os dois estudos, nomeadamente, agulhas, falta de controlo, medo de morrer e não poder estar com os amigos. E conjuntamente, infeções, perda de cabelo e procedimentos médicos correspondem respetivamente, no segundo estudo, a danos corporais, alteração da imagem corporal e operações.

Como tal, foi com base nestes dois estudos que resultaram os desenhos representativos de medos que se pretendeu utilizar no projeto. Assim, os medos selecionados são sete: agulhas, falta de controlo, infeções ou danos corporais, medo de morrer, não pode estar com os amigos, perda de cabelo ou alteração da imagem corporal e procedimentos médicos ou operações.

Com vista a ultrapassar os medos, Fontes (2005) e Tavares (2011) são da mesma opinião, ao revelar respetivamente que a aproximação ao medo do desconhecido poderá ajudar a diminuir o mesmo: “Quando se conhece algo se reduz o medo” (p. 22); “Tendo o conhecimento que o medo do desconhecido (fantasia) excede o medo do conhecido, se pensarmos em reduzir os elementos desconhecidos, provavelmente diminuiremos o medo” (p. 15).

3.2. A importância do lúdico em contexto hospitalar

Os investigadores que se têm debruçado sobre a importância do lúdico no ambiente hospitalar são múltiplos, ainda que não seja um objeto de estudo com grande abordagem em Portugal. A literatura correspondente a esta temática localiza-se maioritariamente no Brasil e reporta-se ao brincar no hospital numa dimensão ampla e simultaneamente específica, na qual a criança para além de usufruir do carácter lúdico, também melhora a sua condição a nível psicológico. Deste modo, os artigos em destaque procuram estudar o impacto do lúdico na qualidade de vida da criança hospitalizada.

De uma forma geral, o lúdico inserido no contexto hospitalar “é percebido como uma possibilidade de se ganhar ou construir algo de positivo ou bom num momento de tantas perdas” (Mitre & Gomes, 2004, p. 151). A acrescentar, Borges,

Nascimento e Silva (2008) referem que as atividades lúdicas, em específico, brincar ao faz-de-conta (casa, boneca e escola), desenho e leitura de livros, “atuam como catalisadoras no processo de sua recuperação e adaptação, representando estratégia de confronto das condições adversas da hospitalização” (p. 212).

Em particular, a investigação aprofundada por Mitre e Gomes (2004), em três hospitais de diferentes regiões do Brasil com internamento pediátrico (um hospital geral, um hospital pediátrico e um hospital materno-infantil) demonstrou, através dos profissionais de saúde, que “o lúdico se torna um contraponto às experiências dolorosas, à dor da hospitalização, que, segundo esses profissionais é mais do que a dor física provocada pela doença ou pelos procedimentos, trazendo aí embutido o conceito de sofrimento psíquico e existencial” e “apontam o brincar como um facilitador para a interação entre os profissionais de saúde, crianças e seus acompanhantes” (p. 151).

No que diz respeito ao brincar, este “permite à criança sentir-se melhor no cotidiano de sua internação e resgatar as brincadeiras que realizava em seu ambiente familiar, antes da hospitalização” (Borges, Nascimento e Silva, 2008, p. 212), com vista a não se separar diretamente dos elementos associados ao ambiente familiar. Funcionando também como um escape: “O brincar pode representar uma fuga da realidade, ou seja, esquecer temporariamente a doença” (Borges, Nascimento e Silva, 2008, p. 219).

Para além deste facto, “as crianças experimentam sensações de prazer e de felicidade; adquirem conhecimento sobre o mundo; aprendem espontaneamente; desenvolvem a sociabilidade” (Borges, Nascimento e Silva, 2008, p. 219). Assim, o brincar funciona no sentido de aliviar a tensão da criança no ambiente hospitalar, “a promoção do brincar se torna uma das estratégias possíveis para o resgate e manutenção da condição de criança, no ambiente da internação” (Mitre & Gomes, 2004, p. 153).

No universo do brincar, o brinquedo enquanto objeto assume também principal destaque, quando se trata do brinquedo terapêutico, ou seja, aquele que

prepara a criança para os procedimentos médicos a que será sujeita, com o propósito de facilitar o processo de tratamento. Recentemente, Jansen, Santos e Favero (2010) observam o poder do brinquedo terapêutico em três vertentes: “a utilização do brinquedo na minimização do estresse da hospitalização, o brinquedo facilitando a compreensão e aceitação dos procedimentos de enfermagem, a experiência do uso do brinquedo e o processo de hospitalização” (p. 250). Por conseguinte, o brinquedo terapêutico diminui o *stress* causado pelo internamento e facilita a compreensão dos procedimentos médicos, inclusive a intervenção dos profissionais de saúde. Igualmente, Tavares (2011) reforça que através do brinquedo terapêutico, a criança “poderá expressar os seus sentimentos, emoções e ansiedades que dificilmente teriam oportunidade de serem expressas de outra forma” (p. 15).

Tal como Bomtempo (2003) mencionou, a passagem do papel passivo para o papel ativo, através do brinquedo, também Jansen, Santos e Favero (2010) conferem esta transição:

A oportunidade de a criança representar, no brinquedo, o procedimento doloroso, permite que ela passe do papel de sujeito passivo para o de sujeito ativo, o que torna o brinquedo um meio eficaz para minimizar os efeitos estressantes de um procedimento doloroso. (p. 251)

Os benefícios que o lúdico acarreta para a criança hospitalizada ao nível emocional e social estendem-se também ao nível físico: “Todos esses benefícios contribuem para que as crianças aumentem as defesas imunológicas; minimizem os prejuízos da hospitalização, sobretudo a apatia e a irritabilidade; recuperem-se mais rapidamente e resgatem a alegria inerente à infância, mesmo em situação de doença grave” (Borges, Nascimento e Silva, 2008, p. 219).

Como tal, a importância do lúdico verifica-se pela seguinte afirmação: “Brincar no hospital é tão importante como tomar a medicação ou fazer os exames clínicos” (Santos, 2006, p. 42), pois mesmo inserida no ambiente hospitalar, “A criança que brinca parece não estar tão doente (mesmo que num breve espaço de tempo)” (Mitre & Gomes, 2004, p. 151).

Estudo empírico

1. Metodologia

O presente estudo pretendeu focar a informação recolhida a partir dos informantes-chave como forma de avaliar o projeto (V. Anexo I) que se pretendeu aplicar, tendo em conta as seguintes categorias: atividades lúdicas, medos e aprendizagem.

A investigação de carácter qualitativo procurou utilizar a entrevista semiestruturada, pela razão de se poder focar os aspetos mais relevantes e recolher informação sobre cada categoria de forma aprofundada.

1.1. Participantes

A seleção dos participantes para o presente estudo considerou a natureza da pesquisa. Assim, optou-se por selecionar os participantes designados de informantes-chave que permitiram uma análise especializada relativamente ao objeto de estudo. Consequentemente, a seleção dos participantes baseou-se nos seguintes critérios: serem membros agregados ou integrados em unidades hospitalares oncológicas e encontrarem-se ativamente presentes durante o processo de tratamento da criança hospitalizada.

Na sequência de um estágio profissional realizado num hospital oncológico, no decorrer da licenciatura, o investigador estabeleceu contactos que foram determinantes para a seleção dos informantes-chave, tendo em conta o objeto de estudo. Neste sentido, o investigador selecionou uma educadora, uma psicóloga, uma enfermeira e um membro da Operação Nariz Vermelho, com os quais entrou em contacto e que se apresentaram prontamente disponíveis para colaborar no estudo. A codificação dos informantes-chave ao longo do estudo apresenta-se da seguinte forma: membro da Operação Nariz Vermelho (E1), psicóloga (E2), educadora (E3) e

enfermeira (E4). O contacto com os informantes-chave foi estabelecido via *e-mail* junto com uma breve explicação do estudo e posteriormente foi enviada uma síntese do projeto a aplicar. Seguidamente agendaram-se as entrevistas que decorreram individualmente.

1.2. Caracterização do contexto a aplicar o projeto

A caracterização do presente estudo remete para o contexto de internamento da realidade oncológica, uma vez que o projeto não foi aplicado em nenhuma instituição em particular. Como tal foi realizada uma entrevista com a Coordenadora de Voluntariado do Núcleo Regional do Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro. No entanto, por motivos de fraca audição no momento da gravação da entrevista, esta não se encontra transcrita, razão pela qual se elaborou uma síntese da mesma que foi enviada à entrevistada e sujeita à sua apreciação.

O espaço hospitalar organiza-se no Serviço de Pediatria em dois espaços físicos: o ambulatório e o internamento, sendo este o considerado visto ser o espaço onde se pretendeu aplicar o projeto.

1.2.1. Síntese da entrevista

O internamento, sendo que existe para dar resposta clínica à doença, é composto por quartos e sala de tratamento. Para que existam respostas à criatividade e desenvolvimento da criança existe um espaço lúdico, o qual dispõe de brinquedos e de jogos adequados para as crianças hospitalizadas de diferentes faixas etárias e na presença permanente de uma educadora que conduz ajustadamente o espaço lúdico. Junto a este existe uma varanda fechada equipada com computadores e *playstations* e destinada especialmente para os adolescentes. Ainda adjacente ao espaço lúdico existe o espaço escolar que pretende acompanhar as crianças hospitalizadas impossibilitadas de frequentar a escola, existindo parcerias entre o hospital e as escolas para que as crianças sejam apoiadas. Assim, enquanto estão hospitalizadas, as

crianças encontram neste espaço o devido acompanhamento dos conteúdos curriculares transmitidos pelas professoras do espaço escolar.

Para além dos recursos materiais salienta-se igualmente os recursos humanos que se traduzem na solidariedade manifestada entre crianças. Neste sentido e também porque a Pediatria admite crianças até aos 16 anos e 365 ou 366 dias³, os adolescentes têm acesso à designada ala dos adolescentes que tem como objetivo aproximá-los e intensificar a partilha entre si, tornando este espaço mais pessoal. Os próprios adolescentes sentem necessidade de partilhar vivências com outros da sua idade, razão pela qual a entidade hospitalar organiza a distribuição dos quartos tendo em consideração estes aspetos, sempre que possível, quer física, quer clinicamente.

As numerosas passagens do ambulatório para o internamento tornam a rotina hospitalar habitual para os pais. No momento em que uma criança entra no internamento com os respetivos pais pela primeira vez, estes encontram uma rede espontânea de solidariedade nos outros pais. Deste modo, a circunstância de doença oncológica suscita o espírito de entreajuda dos pais ao longo do processo de recuperação dos filhos.

De referir, ainda, o Voluntariado que faz companhia às crianças, quer nos quartos quer no espaço lúdico apoiando e dando suporte aos pais.

Esta caracterização assume-se comum a outras instituições hospitalares, sofrendo ligeiras adaptações. Em particular, o Instituto Português de Oncologia, localizado em Lisboa, Coimbra e Porto é um hospital oncológico de referência reconhecido a nível nacional.

³ 365 dias no ano comum e 366 dias no ano bissexto. Caso a criança já tenha 17 anos não é acolhida na Pediatria passando para o serviço de adultos.

1.3. Instrumentos

No presente estudo de natureza qualitativa pretendeu-se interpretar a informação dos informantes-chave de forma a valorizar os significados dos mesmos relativamente a um determinado fenómeno (Almeida & Freire, 2008), neste caso em particular, o projeto que se pretendeu aplicar.

Na investigação qualitativa o principal recurso a utilizar tende a ser a entrevista e a observação, todavia, nem todos os estudos considerados qualitativos apresentam as mesmas características. Em traços gerais, Bogdan e Biklen (2010) reúnem cinco características para definir a investigação qualitativa que enuncia-se a seguir: a) a fonte de dados é o ambiente natural, sendo o investigador o instrumento principal, pois é o próprio que revê os materiais registados e procede à interpretação dos mesmos, resultando no instrumento-chave de análise; b) a investigação qualitativa baseia-se na descrição de dados representados em palavras ou imagens; c) os investigadores preferem o processo aos resultados; d) os investigadores tendem a analisar os dados por indução; e) o significado é extremamente importante na investigação qualitativa.

A corroborar a primeira característica, também Tuckman (2012) assinala a importância dos entrevistadores ao referir que estes “são instrumentos para recolher dados”, acrescentando ainda que “como instrumentos, as suas próprias características devem afectar os dados o mínimo possível: os entrevistadores devem “reflectir” as respostas dos sujeitos e não as suas” (p. 483).

A entrevista surge como o método de recolha de dados determinado para o presente estudo que de acordo com Quivy e Campenhoudt (2008) se caracteriza “pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção humana” (p. 191). Especificamente, Bogdan e Biklen (2010) revelam que “a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (p. 134). A relação que se estabelece entre o investigador e o interlocutor traduz-se numa “verdadeira troca” (Quivy &

Campenhoudt, 2008, p. 192) que possibilita ao investigador recolher informações ricas e variadas para o seu estudo.

No presente estudo procurou-se aplicar a entrevista semiestruturada tendo em atenção a informação que se pretendeu conhecer. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), este tipo de entrevista apresenta questões relativamente abertas com efeito a receber uma informação por parte do entrevistado por via de “falar abertamente” (p. 192). O investigador deve conduzir a entrevista de modo a que esta se concentre nos seus objetivos e sempre que necessário orientar o entrevistado aos mesmos, levando-o a aprofundar e refletir sobre os aspetos fundamentais da investigação.

Contudo, Flick (2005) apresenta algumas limitações na aplicação da entrevista semiestruturada, designadamente: a) o entrevistador precisa decidir quais as questões a levantar, quando e em que ordem; b) concentração para não se afastar dos aspetos relevantes do estudo; c) equilíbrio entre as recomendações do guião e os objetivos do estudo; d) a forma como o entrevistado se exprime; e) decidir se deve aprofundar o tema ou se volta ao guião no caso do entrevistado se dispersar. Apesar destas limitações, a opção pela aplicação da entrevista semiestruturada corresponde à afirmação dada pelo respetivo autor: “Quando o objectivo da colecta de dados são as afirmações concretas sobre um assunto, o meio mais eficiente é a entrevista semi-estruturada” (p. 95).

No sentido de colmatar algumas destas limitações foi concebido um guião de entrevista (V. Anexo II) a fim de preparar e conduzir a mesma. A elaboração do guião de entrevista baseou-se em traços gerais no modelo de Estrela (1994): formulação do tema, definição de objetivos gerais e definição de objetivos específicos; contudo, com algumas alterações, uma vez que não se obedeceu completamente à estrutura definida pelo autor. Todavia, a entrevista foi dividida em três blocos aos quais correspondem os respetivos objetivos, sendo possível aprofundar a informação pretendida. Tal afirmação é sustentada por Quivy e Campenhoudt (2008) ao potenciar-se o facto “de fazer aparecer o máximo possível de elementos de informação e de reflexão, que servirão de materiais para uma análise sistemática de conteúdo que

corresponda, por seu lado, às exigências de explicitação, de estabilidade e de intersubjectividade dos processos” (p. 195). As entrevistas realizadas foram gravadas em formato áudio, com autorização prévia dos entrevistados.

1.4. Procedimentos

Após a elaboração do guião de entrevista procedeu-se à realização das entrevistas no decorrer do mês de Maio de 2013.

As entrevistas foram conduzidas pelo investigador que se prestou a esclarecer dúvidas que pudessem surgir e voltou a expor o projeto, através da apresentação dos materiais, apesar dos entrevistados terem tido acesso à explicação do projeto previamente, como já foi referido anteriormente.

O investigador procurou estabelecer uma relação afável com os entrevistados, no sentido de estes não se sentirem inibidos em responder a qualquer questão e garantiu o anonimato das respostas. As entrevistas tiveram uma duração entre 12 a 60 minutos, não tendo sido determinado um limite de tempo e ocorreram em espaços diferentes.

2. Análise e discussão de resultados

2.1. Análise de conteúdo

Nesta fase do estudo pretendeu-se descrever o percurso efetivado no decorrer da análise de dados e posteriormente apresentar a discussão dos resultados obtidos.

Após a recolha de dados procedeu-se à análise de conteúdo das informações obtidas através das entrevistas. De acordo com Bardin (2004) a análise de conteúdo assume-se “como um *conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens*” (p. 33). Correlacionando a utilização das entrevistas com a análise de conteúdo, Quivy e

Campenhoudt (2008) afirmam que “o método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo” (p. 195).

Na perspectiva de Bogdan e Biklen (2010), a análise de conteúdo “envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros” (p. 205).

No processo de análise de conteúdo optou-se por seguir a organização expressa por Bardin (2004) que considera três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A partir desta estrutura iniciou-se o processo de análise de conteúdo com uma *leitura flutuante* no sentido de se estabelecer contacto com as respostas de forma a permitir o conhecimento do texto, o qual se torna mais preciso ao longo da leitura.

Procurou-se sempre ter em atenção a regra da exaustividade, homogeneidade, pertinência e representatividade para a constituição do *corpus*. Por conseguinte, procedeu-se à transcrição das entrevistas (V. Anexo III) e realizou-se uma leitura geral com o propósito de conhecer o texto e obter um parecer do respetivo.

Neste sentido sucedeu-se o processo de codificação, sendo Holsti (1969) a explicitar: “A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo” (citado por Bardin, 2004, p. 97). Como tal, procedeu-se à seleção das unidades de registo privilegiando o carácter semântico, de modo a permitir o processo de categorização.

Segundo Bardin (2004), a categorização consiste em classificar os elementos que integram um conjunto por diferenciação e posteriormente por agregação de acordo com o género e os critérios antecipadamente determinados.

Assim, a classificação estabeleceu a organização de três categorias principais, tal como se pode observar no quadro 2 (V. Anexo IV). A identificação das categorias e subcategorias surgiu de forma dedutiva e em conformidade com o modelo de guião de entrevista, dividido em blocos temáticos, proposto por Estrela (1994).

A composição do quadro organiza-se em categorias, subcategorias e indicadores. As categorias representam os temas e as subcategorias os subtemas. Doravante os indicadores resultam das unidades de registo. Deste modo as categorias organizam-se nas informações que se pretendeu obter.

	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS		INDICADORES
1	ATIVIDADES LÚDICAS	Adaptação das atividades		Faixa etária Linguagem adequada Forma de apresentação
		Avaliação de atividades	Brincar ao faz-de-conta	Facilita os procedimentos médicos Torna a criança mais colaborante Atenua medos
			Desenho	Oferece segurança
			Jogo <i>Sentimentos</i>	Importância de estar em grupo Identificação de pares Partilha de experiências Resolução de problemas
			Leitura	Acompanha Ajuda a compreender a realidade oncológica
		Reação das crianças às atividades		Positiva Cria ambiente para a expressão pessoal Abertura à colaboração e à participação
2	MEDOS	Instrumento de identificação de medos		Importância da articulação imagem/texto Excelente na avaliação de medos Criar escala para medição de intensidade Alterar o desenho “Medo de morrer”
		Apropriação do instrumento		Medição compreensível Necessidade de repetir as sessões Importância da cooperação com os pais
		Escala de medo		Simples e fácil Importância da articulação cor, resposta e imagem Fácil identificação Idêntica à escala de dor (utilizada no hospital)
3	APRENDIZAGEM	Desmistificar os medos		Diminuição de medos e suas intensidades Expressão de sentimentos Instrumento facilitador Estratégia a utilizar
		Relação entre atividades lúdicas e educação		Lúdico orientado para a aprendizagem Facilitador de uma vivência positiva Recurso para lidar com determinadas situações
		Contributo educativo		Aprendizagem sobre si Formação de profissionais Promoção de atividades lúdicas Expressão do ser da criança

Quadro 2 - Categorias e subcategorias para análise de conteúdo das entrevistas

A categoria n.º 1 permite conhecer a importância das atividades lúdicas específicas a tratar, brincar ao faz-de-conta, desenho, jogo *Sentimentos* e leitura relativamente à sua adequação ao contexto hospitalar e a sua influência nas crianças com doença oncológica.

A categoria n.º 2 possibilita conhecer a importância do instrumento de identificação de medos e da respetiva escala de medo a fim de verificar se poderá ocorrer diminuição dos medos após as atividades lúdicas em contexto hospitalar.

A categoria n.º 3 evidencia a importância da aprendizagem com a aplicação do projeto em contexto hospitalar de forma a conhecer a relação entre as atividades lúdicas e a educação e a reconhecer o contributo educativo do projeto.

Após a categorização procedeu-se à apresentação e análise de resultados com base no quadro 2

2.2. Apresentação e análise de resultados

Neste ponto do estudo pretende-se apresentar e analisar os resultados integrados na análise de conteúdo e complementar com informações relevantes obtidas igualmente através das entrevistas. Deste modo, a análise de resultados resulta na organização da entrevista em blocos: atividades lúdicas, medos e aprendizagem.

2.2.1. Perceções dos profissionais relativamente às atividades lúdicas

2.2.1.1. Adequação

Na perspetiva dos entrevistados, as atividades lúdicas são adequadas para tratar a temática dos medos em contexto hospitalar, uma vez que correspondem à faixa etária pretendida e apresentam um carácter abrangente traduzido numa linguagem simples: *são muito adequadas tendo em conta o intervalo de idades (...) e são ao mesmo tempo variadas na sua forma de apresentação, o que vai fazer com que algumas crianças se sintam mais à vontade para se expressar numas em relação a*

outras (E2); estas características permitem igualmente uma aproximação à linguagem da criança: facilita muito a fluidez das suas respostas (E1); como tal, as atividades lúdicas poderão ser utilizadas pelos profissionais como uma ferramenta a utilizar: é a melhor forma de nós conseguirmos trabalhar com as crianças e de as ajudar a lidar com a realidade de uma forma mais fácil, mais simples (E4).

2.2.1.2. Visão sobre as atividades lúdicas

a) Brincar ao faz-de-conta

O brincar ao faz-de-conta revela-se uma atividade que as crianças sentem necessidade de realizar: *pedem muito para ter acesso a estes materiais para poderem replicar aquilo que fazem com elas próprias (...) esta atividade seria provavelmente mais familiar para elas, aquilo que elas já fazem muito habitualmente e que elas procuram muito fazer no dia-a-dia (E2); a utilização do boneco juntamente com os materiais médicos contribui para um envolvimento mais natural da criança ao realizar a ação lúdica: juntando com o boneco que vem do mundo da criança parece que ajuda a construir uma ponte e facilita esta interação com o intuito de conseguir respostas verdadeiras na linguagem da criança (E1); consequentemente esta interação atua na medida em que: quando se vê fazer ao boneco ou quando se faz ao boneco, percebe que afinal se calhar algumas interrogações têm resposta e a resposta é simples (E2); neste sentido torna-se evidente que a aproximação da criança aos materiais suscitadores de medo e o seu manuseamento são facilitadores dos procedimentos médicos, a constatar, E3, relata o seguinte caso: A primeira coisa que eu fiz foi boneco, meter os materiais todos disponíveis para ela brincar, para ela poder mexer, pelo menos pela questão física, porque a seringa nem sequer é manipulada pela criança, quando recebe uma pica é manipulada pelo outro. A partir do momento em que a criança pode tocar e até pode brincar (...) tem essa oportunidade de manusear, de familiarizar, porque se não é tudo muito estranho e isso é tudo muito mais assustador. E ela perceber que de alguma forma pode fazer assim ou que pode fazer devagarinho e quando a enfermeira lhe diz que dá devagarinho, ela percebe que há essa possibilidade*

de fazer devagarinho. (...) se podermos pôr água ou um líquido qualquer dentro da seringa para ela perceber que entra mais devagar e que provavelmente faz menos impressão (...) será facilitador para ela se tornar mais colaborante e ela própria se apaziguar nos seus medos quando tiver que fazer outro procedimento; todo este procedimento favorece a compreensão do processo de tratamento: ajuda-as a não ter tanto medo e a lidar com tudo de uma forma mais natural (E4); e o contacto direto com os materiais médicos e o seu entendimento de uma forma orientada pelo profissional contribui para atenuar os medos.

b) Desenho

A proposta de desenho é elogiada pela sua expressão livre: *parece-me importante que a proposta seja livre, tendo em conta a faixa etária (E3); a liberdade de poder fazer o medo da forma que entendesse, não era um medo que iria ser avaliado é algo que é sentido, tanto pelo adulto como pela criança e que pode ter uma expressão que é à sua medida e não à medida do que é esperado pelo outro (E2);* salienta-se a sua expressão por cores e formas: *Transformar ou comunicar sentimentos através de cores, através de imagens é muito mais fácil e eu acho isto muito adequado para ter respostas mais concretas e verdadeiras (E1);* a criança ao desenhar o seu medo é capaz de dominá-lo: *fazer um desenho sobre uma representação de um medo pode ser uma forma de «ele fica daquele tamanho» (E2);* esta forma de expressão fornece alguma segurança: *tudo aquilo que a criança possa fazer, que lhe venha reforçar a ideia de controlo, dá-lhe segurança (E2);* através do desenho a criança exterioriza o seu medo: *é ela que o pode controlar, é ela que o pode verbalizar, é ela que o pode manifestar, é ela que o pode acabar, é ela que pode partilhar (E2).*

c) Jogo Sentimentos

O jogo *Sentimentos* apresenta-se como uma proposta pertencente ao mundo da criança, pela seguinte razão: *jogar é linguagem infantil (E1);* contrariamente ao desenho, o jogo *Sentimentos* é constituído por imagens associadas a sentimentos:

várias imagens ligadas a esses sentimentos ajudam a criar respostas concretas que a criança pode escolher, ela não precisa criar respostas com desenhos (E1); de entre as várias formas de jogar, optou-se por aplicar o jogo em grupo e como tal a proposta foi valorizada pelas suas vantagens: o facto de poderem estar em grupo e de em grupo encontrarem estratégias que possam servir para resolver a questão que é colocada neste desafio que lhes é lançado (E2); até o estarem em grupo ver que outros também pensam a mesma coisa (E4); reunir as crianças em grupo para desempenhar determinada tarefa favorece a identificação de pares: a informação que aquela pessoa está a dar é validada na hora porque ela está a dizer exatamente a mesma coisa que eu, também leva picas, também faz tratamentos, também está careca, também não está com os amigos e todos estes fatores e todos estes medos são reconhecidos também no outro, ainda que o outro possa estar a vivê-los ou não, mas há uma identificação de pares (E3); esta identificação de pares resulta quando se trata de igual para igual: nós adultos, queremos tanto e porque não estamos na mesma posição, dispersamo-nos muito em termos da informação, muitas das vezes explicamos demais e ainda criamos outros medos e primeiro porque não somos do mesmo tamanho, não estamos ao mesmo nível cognitivo da criança, temos outras elaborações e não estamos em par, nós não estamos a viver a situação, se há alguém com quem ela se pode identificar é alguém que está a viver uma situação igual e que pode avaliar em termos da escala de dor, ainda que os medos da outra não sejam os mesmos que os dela (E3); neste sentido, a identificação de pares promove a partilha de experiências: a resposta não tem de partir de si, podem haver outras respostas que não foram pensadas ou sentidas e que podem ser boas sugestões quando há um problema que pode ser comum (E2); o jogo resulta na resolução de problemas: o estudo das estratégias para ultrapassar medos e as situações negativas associadas à doença (E2); é uma forma pelo menos de tentar ajudar a criança a falar do que é que sente, do que é que pensa e tentar em conjunto às vezes até o estarem grupo ver que outros também pensam a mesma coisa, também têm os mesmos medos e arranjam soluções (E4).

d) Leitura

A leitura revela-se fundamental por possuir duas funções principais: acompanhar e ajudar a criança a compreender a realidade oncológica. A primeira verifica-se pela razão de que: *na impossibilidade de haver sempre alguém ao lado a dar a mão, há outras formas de estar presente e de acompanhar* (E2); relativamente à segunda, os livros da Associação Acreditar: *são ótimos e ajudam a entender de uma forma lúdica a doença, toda a vivência e de algumas das questões associadas* (E3); servindo como uma ferramenta que transmite alguma segurança: *a entrega dos livros são formas de entregar uma ferramenta que fica com elas para que elas possam lidar com uma situação que lhes causa alguma angústia, algum medo, alguma ansiedade ou alguma dúvida (...) mas sabendo que estão lá dá-lhe alguma segurança, naturalmente, aliás é mesmo por isso que eles são feitos* (E2); em particular, os livros são competentes: *de explicar as situações pelas quais elas passam, ficam com queda de cabelo, podem usar outros objetos que disfarçam, etc, é engraçado e é uma forma de as ajudar* (E4); este contacto entre a criança e o livro: *facilita conhecer a entrada neste mundo e eu acho que deve criar um impacto de acalmar um pouco os medos, imagino eu por conhecer o não conhecido* (E1).

2.2.1.3. Reação das crianças

A combinação das quatro atividades lúdicas harmoniza-se entre si e torna-se favorável no sentido de criar um ambiente propício para a expressão pessoal: *as atividades e o processo da participação são convidativos com o embrulho bem-criado do mundo infantil usando o brincar, a imaginação, os desenhos com cores e as histórias* (E1); *elas são tão completas e que completam tão bem entre si que a criança pode fazer as atividades todas sem sentir que está a repetir coisas ou que está a continuar o mesmo tema, ela aborda de formas diferentes e é quase uma construção* (E2); deste modo, a disposição da criança face às atividades tende a disseminar alguma ansiedade: *vão dar respostas mais verdadeiras por envolverem-se à vontade nas atividades* (E1); de uma forma geral, a reação das crianças às atividades lúdicas é positiva: *as crianças*

vão reagir de uma forma positiva ao envolverem-se nas atividades (E1); Reagem bem, porque tudo o que é brincar é bom, mesmo que sejam coisas de hospital, se é brincar é bom (E4); contudo nem todas as atividades possuem igual importância: provavelmente algumas poderão vir a ser de maior interesse para umas do que para outras, porque tem a ver obviamente com a personalidade da criança e com aquilo onde ela se sente mais confortável ou mais à vontade para se expressar, porque apesar de elas todas terem um diagnóstico de cancro, cada uma tem uma personalidade e é um indivíduo diferente, vão ser reativas às atividades também diferentes (E2); em particular, E3 revela: A brincadeira da manipulação dos materiais é uma coisa que elas normalmente reagem bem, reagem muito bem e têm muita necessidade, é uma brincadeira que elas recorrem muito aqui e que eu promovo mais ou menos conforme aquilo que também vou observando e curiosamente até essa faixa etária dos 10 anos, que não é tão previsível que seja mas que neste contexto existe essa procura e que eu acho que funciona muito bem. Em relação ao desenho e ao jogo é muito variável com algumas variáveis, ao tempo de internamento, de doença declarada, digamos assim, aos laços, à sustentação de referências parentais, em princípio ou a pessoas de referência que facilitam ou não o processo, nem sempre facilitam, a forma como a família vive isto é muito refletida na criança e a criança revela muito isso; esta afirmação considera que a reação das crianças às atividades é imprevisível devido às variáveis acima referidas, no entanto acrescenta: é muito imprevisível, mas à partida eu acredito que com todas as variáveis elas vão colaborar (E3).

2.2.2. Perceções dos profissionais relativamente aos medos

2.2.2.1. Instrumento de identificação de medos

O instrumento de identificação de medos é apreciado pelo seu carácter de múltipla leitura com a articulação de imagem e texto: *é interessante a possibilidade de ter para além do texto uma imagem, porque se o texto fecha, a imagem abre e dá espaço para muitas coisas (E2); a ideia em si é muito boa e mesmo associar a palavra, mesmo aquelas que já sabem ler com a imagem e depois classificada (E4);* note-se

igualmente a importância da utilização de cores: *é importante também o facto de a escala ser por cores e leva a que crianças destas idades possam muito mais facilmente perceber a mecânica e identificar aqui rapidamente olhando para as imagens, qual é aquela que para elas tem um medo mais frequente, um medo menos frequente (E2); cores que indicam diferença, o aspeto do sorriso ou não sorriso em termos do grau facilita a criança (E1); caso se optasse pela utilização exclusiva de texto, a criança poderia não compreender a sua definição: se só tiverem a ler podem não identificar com aquela questão ou podem não querer sequer verbalizar essa questão (E2); por outro lado, o texto não se apresenta totalmente claro tendo em conta a faixa etária que se pretendeu tratar: “Falta de controlo” para um miúdo de 6 anos é muito vago, para a criança, ela quer é espernear, ela quer é protestar, ela está zangada, o grito e o choro é a manifestação dela para protestar, ela não tem noção da falta de controlo e vai tendo uma noção que ela vai adquirindo. (...) “infeções e danos corporais”, elas não sabem o que é uma infeção, sabem os bichos maus, sabem que têm febre, sabem que lhes dói a barriga, sobretudo coisas muito físicas, dói-lhes a barriga e têm febre e quando tem febre está com mau estar e pode ter dores de cabeça, fica com frio, há desconforto, propriamente dito, agora ficar sem uma perna já o caso muda de figura, está pouco definido isto (E3); e aponta-se para a alteração do desenho “Medo de morrer”: o desenho tem de ser adaptado, não pode causar mais medo na criança (...) nunca deve ser um desenho que de alguma forma possa assustar, ainda por cima porque a criança vai morrer e jamais pode associar que vai morrer (...) a ideia em si é muito boa, agora com atenção exatamente às imagens e às que podem verdadeiramente assustar (E4); tendo em conta estas alterações sugere-se a medição da intensidade de medo: criaria uma régua a trabalhar em conjunto com esta primeira régua da frequência dos medos ou adaptar esta não só na frequência como na sua intensidade, porque efetivamente existem medos maiores e medos menores (E3); que poderia representar-se pelo tamanho das etiquetas: em vez de ter só uma etiqueta, ter etiquetas de vários tamanhos (...) a intensidade não estaria representada na escala, mas no tamanho das etiquetas (E3); não obstante, o instrumento de identificação de medos constitui uma ferramenta de utilidade necessária em contexto hospitalar: é*

uma forma que nós não temos e não trabalhamos e é muito importante utilizarmos o instrumento de identificação de medos (...) seria uma excelente forma de avaliar que medos têm e trabalhá-los (E4).

2.2.2.2. Apropriação do instrumento

O instrumento de identificação de medos é unanimemente considerado apropriado ao contexto de forma a verificar a diminuição dos medos: *é muito simples, números ou cores, mas de uma forma muito clara e simples de medir (E1)*; contudo, existe necessidade de repetir o número de sessões: *tem de haver várias sessões e depois dali a um tempo volta a avaliar e já houve uma mudança (E4)*; integrar os pais na aplicação do projeto também é uma medida a considerar: *há medos que têm de ser trabalhados em simultâneo com os pais, ou seja, muitos dos medos que as crianças têm também são medos dos pais, nomeadamente o medo da morte, e há todo um trabalho que deveria ser feito também com os pais para conseguir que o resultado seja o que nós pretendemos (E4).*

2.2.2.3. Escala de medo

A escala de medo caracteriza-se pela sua simplicidade e facilidade de utilização: *é tão simples e fácil com a utilização das cores e sorrisos que qualquer criança com a capacidade de entender as experiências vividas e as perguntas colocadas responderá sem problema qualquer (E1)*; *é uma escala simples da criança conseguir entender (E2)*; *é fácil até elas utilizarem isso é uma forma engraçada de dizerem se têm muito medo ou pouco medo ou nunca tiveram (E4)*; uma vez mais, salienta-se a importância da articulação cor, imagem e texto: *é interessante ter várias cores associadas a cada uma das categorias de resposta (...) é importante mais uma vez, o facto de ter associada a imagem a texto (E2)*; note-se igualmente a acessibilidade em compreender a mesma: *ao olhar é muito rápido fazer a identificação (E2)*; *é clara não só pela cor como pela expressão facial em que é de fácil identificação (E3)*; por fim, encontram-se semelhanças relativamente à escala de dor utilizada no hospital: *A escala de medo é muito idêntica à escala da dor e portanto não é de todo desconhecida, sendo que a dor*

também é um medo, pode ser uma mais-valia (E3); É semelhante à nossa escala da dor e elas certamente iriam associar (E4).

2.2.3. Percepções dos profissionais relativamente à aprendizagem

2.2.3.1. Desmistificar os medos em contexto hospitalar

A aplicação do projeto tende a desmistificar os medos em diferentes vertentes, sendo o fio condutor principal a expressão de sentimentos: *é importante pensar na forma como se aborda a criança e pensar na facilidade que este instrumento pode dar para que a criança possa falar e expressar, sem dizer (E2); todo este processo ajuda a criança a construir uma ponte para fora com aquilo que está dentro dela, o que ela está a sentir, o que ela está a ver que outros sentem a mesma coisa (E1); que poderá conduzir à diminuição dos medos e suas intensidades: a partir do momento em que a criança assume o medo a intensidade dele reduz (E3); desmistificar de alguma forma é conhecer o não conhecido e se a criança está a entrar no mundo que não conhece, de alguma forma ao conhecer vai aumentar ou diminuir aquilo que ela está a sentir. Agora, ao conhecer, num processo mais agradável, lúdico, eu acho que deve ter um efeito de diminuir os medos (E1); neste sentido o projeto poderá funcionar como um instrumento facilitador: pode ser um bom instrumento de facilitação (E3); e até ser utilizado como uma estratégia em contexto hospitalar: há muito trabalho que deveria ser feito que nós não conseguimos, em grupo não chegamos lá e que era um projeto muito interessante até ser aplicado de forma em que não seja só projeto mas passar a ser utilizado e haver um grupo de pessoas a fazer isso e a trabalharem sistematicamente com as crianças (E4); igualmente no sentido de estabelecer uma comunicação com a criança: a ponte está construída, a comunicação foi realizada e isto em si já é terapêutico (E1).*

2.2.3.2. Relação entre as atividades lúdicas e a educação

A relação entre as atividades lúdicas e a educação visa três direções principais, sendo a primeira o lúdico orientado para a aprendizagem, primeiro pela razão de que é possível tratar de assuntos delicados de uma forma menos ansiosa: *é muito possível tratar coisas muito sérias de uma forma mais leve, lúdica, brincando, criando um ambiente onde a pessoa possa baixar a sua guarda, possa relaxar, respirar e mesmo assim falar sobre coisas importantes e sérias e a aprendizagem é melhor porque o processo de aprendizagem é mais agradável, menos stressado* (E1); neste sentido: *A forma mais fácil de poder passar esse conhecimento a uma criança é brincar, o lúdico de uma forma orientada, não é o aberto, mas é o orientado para que elas possam naquela atividade conseguir beneficiar o máximo não só pela experiência de brincadeira, mas por aquela aprendizagem que podem retirar dali* (E2); o lúdico orientado para aprendizagem assume-se como uma preferência: *o ideal seria mesmo nós conseguirmos aprender e ensinar de forma lúdica* (E4); assim: *nós temos sempre de educar as nossas crianças e a forma lúdica é a forma de elas aprenderem verdadeiramente* (E4); *a educação aqui dentro é muito mais e as atividades lúdicas para mim são um instrumento dessa possibilidade de se poder ser genuinamente, autenticamente* (E3); o contacto das atividades lúdicas com a educação funciona igualmente como recurso para lidar com determinadas situações: *nesta atividade da boneca, em que se pode utilizar este jogo para explicar como é que as coisas vão ser feitas, para atenuar alguma ansiedade de antecipação* (E2); *o meu desafio nesta relação com os medos e em lidar com a criança hospitalizada, passa pela possibilidade de fortalecer individualmente cada criança, cada familiar no sentido de ajudá-lo, dentro da maneira que é possível, a melhor maneira para lidar com, em que tudo é aceitável e à condição de cada um. Podemos ser facilitadores de uma vivência mais positiva e isso para mim é educação* (E3); em particular ser facilitador de uma vivência positiva: *numa criança mais velha, se eu chorar e conseguir explicar que estou assustada pode ser facilitador para crer que a criança no momento de tristeza também se sinta confortável em chorar e dizer: «eu estou a chorar porque estou triste», quase como uma permissão, não há regras e isto tudo é contextualizado à medida de cada*

um e à capacidade de cada um (E3); em forma de conclusão a relação entre as duas pretende: criar recursos internos para que elas possam lidar melhor com a situação, para mim no hospital esta é a perspectiva de educação (E3).

2.2.3.3. Contributo educativo

O contributo educativo do projeto reúne um conjunto de benefícios circundantes à criança, primeiro a sua expressão: *facilitar a criança a levá-la no caminho como um ser único que é com a sua especificidade e a sua individualidade (...) a criança está doente, mas os nossos meninos não são doença, acima de tudo eles são meninos e a educação é deixar que eles sejam meninos, ainda que doentes, mas meninos (E3);* e também pela mão dos profissionais: *a criança tem de continuar a ser estimulada a crescer e adquirir aprendizagens novas e algumas só adquire exatamente por ter estado aqui, porque este processo também pode trazer outros benefícios, embora sejam difíceis de perceber e aceitar, mas é isso que se tenta fazer também muito no trabalho de apoio a estas famílias e as estas crianças, é que nem tudo o que aqui se adquire são más experiências ou más aquisições (...) quanto mais nós pudermos colmatar as falhas que o seu desenvolvimento normal possa trazer, melhor é para a criança (E2);* e posteriormente a aprendizagem que retira dessa expressão sobre si: *a criança aprende sobre si mesmo ao aprender sobre os outros (...). Também aprendizagem sobre si mesmo em termos de conhecer, reconhecer e identificar sentimentos de medo, conseguir fazendo jogos, conseguir fazendo desenhos, o feedback que ela recebe quando consegue fazer alguma coisa, tudo isto é um processo de aprendizagem, ela conseguir expressar, ela conseguir identificar, ela conseguir comunicar, isto é um processo de crescimento próprio. (...) Pode ter muito medo dos médicos, dos enfermeiros e perceber que essas pessoas estão lá para fazer-lhe bem, não estão lá para fazer-lhe mal, isto é uma educação também (E1);* neste intuito é necessário a promoção das atividades lúdicas: *promover brincadeiras e atividades para as crianças adequadas com consciência, com conhecimento e estudo pedagógico das atividades que se podem propor à criança como um desafio também para ela lidar*

melhor com isto (...) uma educação diferenciada e individualizada acaba por se fazer um bocadinho pela mesma bitola, a nossa atitude de facto é individualizada e diferenciada à especificidade da criança (E3); mais do que apoiar a criança é necessário atuar ao nível dos pais e profissionais: os adultos precisam de ter estas informações, precisam de ter acesso a estratégias, a ferramentas, a informação sobre aquilo que as crianças sentem e sob a forma como é que elas conseguem manifestar aquilo que sentem para que os possam ajudar mais. (...) quem precisa de recorrer aos resultados deste tipo de investigações são os adultos que é para poderem exatamente utilizar de forma a poder facilitar todo o processo (E2); como tal é primordial investir na formação de profissionais como uma estratégia a implementar: dá ferramentas à criança, mas por outro lado, mais fundamental ainda é dar ferramentas aos adultos, profissionais ou não, que estão próximos das crianças para que possam ajudá-las a ter acesso a estas mesmas ferramentas e estratégias (E2); ajudar também os profissionais que cá estão a fazerem mais e a fazerem de outra forma e seria importante porque isso é muito o que nos falta, essa é que é a realidade, há muito trabalho que poderia ser feito que não chega a ser possível e eu acho que seria uma mais-valia muito grande fazer um trabalho deste género e ser eventualmente implementado (E4).

2.3. Discussão de resultados

Após a análise dos resultados obtidos, pretendeu-se discutir os mesmos, de modo a confrontá-los com a informação integrada na fundamentação teórica. Desta forma, a discussão tem como base os indicadores que sustentam o presente estudo.

As atividades lúdicas, nomeadamente brincar ao faz-de-conta (casa, boneca e escola), desenho e leitura de livros apresentam-se adequadas para integrar o contexto hospitalar, como afirma Opperman (2001):

As actividades lúdicas com crianças em idade escolar podem proporcionar muitos benefícios terapêuticos. Alguns destes benefícios incluem a adaptação ao ambiente hospitalar, a consciência da imagem corporal, a interacção de

grupo, a auto-expressão, o libertar de tensão, os exercícios de respiração e o controlo da dor. (p. 170)

Igualmente, Borges, Nascimento e Silva (2008) referem que estas “atuam como catalisadoras no processo de sua recuperação e adaptação, representando estratégia de confronto das condições adversas da hospitalização” (p. 212).

Particularizando cada atividade lúdica, apresenta-se o brincar ao faz-de-conta que atua na medida em que a criança se torna mais colaborante, tal como verifica Peller (1971): “Reduz o efeito traumático de uma experiência recente e deixa o indivíduo melhor preparado para ser submetido novamente ao papel passivo, quando necessário” (citado por Bomtempo, 2003, p. 68). Consequentemente, esta atividade facilita os procedimentos médicos:

A existência de bonecos, balões de soro, seringas, roupas para fantasiar, (médico, enfermeiro, etc.) permitirão também à equipa poder preparar a criança através da brincadeira, mostrando-lhe o que vai acontecer durante a sua estadia no hospital e quais as diferentes intervenções a que será sujeita. (Santos, 2010, p. 42)

O desenho transmite segurança à criança, como confirma Salvador (1994), “O fantasma, a bruxa e a serpente, desenhados na folha, estão controlados, não metem medo a quem os desenhou, pois ao fazê-lo dominou-os e foi mais forte do que eles” (p. 73).

O jogo *Sentimentos* favorece a partilha de experiências e por sua vez a resolução de problemas: “a introdução de técnicas de jogo de percurso, da simbologia das palavras-chave em relação à temática abordada e à criação de redes significativas que ajudam a ultrapassar dúvidas, momentos difíceis e a desenvolver sentimentos de solidariedade” (Pais).

Transitando para a categoria aprendizagem, a subcategoria desmistificar os medos corrobora-se por Tavares (2011) ao afirmar que “Tendo o conhecimento que o medo do desconhecido (fantasia) excede o medo do conhecido, se pensarmos em

reduzir os elementos desconhecidos, provavelmente diminuiremos o medo” (p. 15), verificando-se diminuição de medos e suas intensidades.

A subcategoria relação entre as atividades lúdicas e a educação salienta três indicadores a que a literatura corresponde respetivamente: lúdico orientado para a aprendizagem - “a criança aprende com espontaneidade, sem estresse ou medo de errar; utiliza o prazer na aquisição do conhecimento” (Borges, Nascimento e Silva, 2008, p. 217); facilitador de uma vivência positiva - “é percebido como uma possibilidade de se ganhar ou construir algo de positivo ou bom num momento de tantas perdas” (Mitre & Gomes, 2004, p. 151); “permite à criança sentir-se melhor no cotidiano de sua internação e resgatar as brincadeiras que realizava em seu ambiente familiar, antes da hospitalização” (Borges, Nascimento e Silva, 2008, p. 212); recurso para lidar com determinadas situações - “facilitador para a interação entre os profissionais de saúde, crianças e seus acompanhantes” (Mitre & Gomes, 2004, p. 151); “a utilização do brinquedo na minimização do estresse da hospitalização, o brinquedo facilitando a compreensão e aceitação dos procedimentos de enfermagem, a experiência do uso do brinquedo e o processo de hospitalização” (Jansen, Santos e Favero, 2010, p. 250).

Por fim, a subcategoria contributo educativo, verifica duas subcategorias na literatura: promoção de atividades lúdicas - “a promoção do brincar se torna uma das estratégias possíveis para o resgate e manutenção da condição de criança, no ambiente da internação” (Mitre & Gomes, 2004, p. 153); “Brincar no hospital é tão importante como tomar a medicação ou fazer os exames clínicos” (Santos, 2006, p. 42) e expressão do ser da criança - “poderá expressar os seus sentimentos, emoções e ansiedades que dificilmente teriam oportunidade de serem expressas de outra forma” (Tavares, 2011, p. 15).

No respeitante à categoria medos, não foi possível confrontar a mesma com a fundamentação teórica, uma vez que as subcategorias, instrumento de identificação de medos, escala de medos e apropriação do instrumento resultam da elaboração do próprio investigador.

Conclusões e recomendações

O presente estudo pretendeu avaliar a pertinência do projeto em contexto hospitalar, no sentido de desmistificar os medos da criança com doença oncológica através do lúdico. Para tal, considerou-se os pontos de vista dos informantes-chave com o propósito de responder aos objetivos específicos do estudo, que volta-se a enunciar:

- Conhecer a adequação das atividades lúdicas para tratar os medos em contexto hospitalar;
- Conhecer a importância do instrumento de identificação de medos e a sua apropriação para verificar a ocorrência da diminuição dos medos;
- Conhecer a relação entre as atividades lúdicas e a educação e identificar o contributo educativo do projeto.

De forma a dar viabilidade ao projeto que se pretendeu aplicar, os pontos de vista dos informantes-chave são o instrumento fundamental para responder aos objetivos do estudo. Assim, os objetivos são respondidos individualmente e apreciados na sua totalidade.

As atividades lúdicas demonstram-se adaptadas para a criança em idade escolar, 6-10 anos, uma vez que se apresentam através de uma linguagem adequada e simples na sua forma. A linguagem adequada permite uma fácil interação da criança com as atividades lúdicas, na medida em que a criança compreende a sua utilização. Igualmente, a variedade de atividades lúdicas possibilita a criança sentir-se tranquila no momento de expressão.

Ao constatar-se a adequação das atividades lúdicas, coloca-se a tónica em cada uma em particular.

No brincar ao faz-de-conta, a utilização do boneco a par com os materiais médicos reais permite uma aproximação da criança ao universo hospitalar. No

momento de manusear estes materiais, a criança adquire conhecimento pela utilização dos mesmos e repercute essas ações também no boneco, o que ajuda a torna-se mais colaborante com os profissionais e consequentemente facilita os procedimentos médicos. Nesta atividade lúdica também sugere-se a utilização de *Playmobil* que trata especificamente o hospital.

No que respeita ao desenho, este oferece segurança, uma vez que a proposta é livre e, ao transpor para o papel, a criança domina o seu medo, existindo um controlo desse mesmo seu medo.

Na realização do jogo *Sentimentos*, valoriza-se a importância de estar em grupo, uma vez que a resposta não tem de partir da própria criança, podem existir outras respostas dadas por outras crianças pertencentes ao grupo. Mais ainda, esta partilha de experiências permite uma identificação de pares, visto que a informação recebida é de outra criança e não de um adulto. Consequentemente, a troca de experiências, partilhada pelas crianças, pode traduzir-se em estratégias para combater uma determinada situação.

Por fim, a leitura é uma forma de companhia para a criança, quando inevitavelmente está sozinha, e ajuda a compreender a realidade oncológica pela razão de se identificar com a história e os seus personagens.

Relativamente ao segundo objetivo, o instrumento de identificação de medos é considerado uma forma eficaz de avaliar e trabalhar os medos da criança com doença oncológica, com algumas alterações.

Valoriza-se a articulação da imagem com texto, uma vez que amplifica o universo de representações, contudo sugere-se a alteração do conceito “Perda de controlo” para um significado mais preciso, na linguagem infantil. Igualmente sugere-se a alteração do desenho “Medo de morrer”, uma vez que a imagem é considerada por um dos profissionais assustadora para a criança, e este desenho sofrer uma alteração, por exemplo, para uma ilustração com uma criança a dormir, uma forma de ver a morte mais ligeira. Também sugere-se um complemento para se conseguir

compreender a intensidade dos medos, sendo a medição deste realizada através de etiquetas de vários tamanhos.

Contida no instrumento de identificação de medo, a escala de medo é reconhecida também por ser de fácil identificação para a criança, visto que é idêntica à escala da dor, utilizada no hospital, e articula, além de texto e imagem, cor.

Este instrumento é apropriado no sentido em que a sua medição é compreensível para a criança. Contudo, aconselha-se a necessidade de repetir o número de sessões.

Por último, o terceiro objetivo, correspondente à relação entre as atividades lúdicas selecionadas e a educação aponta para o lúdico orientado para a aprendizagem, em que a criança beneficia do carácter lúdico e simultaneamente educativo da brincadeira, sendo que esta torna o processo de aprendizagem mais facilitador. Do mesmo modo, facilitador de uma vivência positiva, na medida em que a criança se descentraliza do contexto hospitalar e dos males que acarreta e foca-se no lúdico, criando recursos internos para ultrapassar determinada situação.

No que diz respeito ao contributo educativo do projeto que se pretendeu aplicar, este revela abranger várias dimensões. A criança aprende sobre si no *aprender a fazer* com o lúdico, no sentido de conhecer, reconhecer e identificar sentimentos, também através da sua expressão ao mergulhar na ação lúdica. Igualmente salienta-se a promoção das atividades lúdicas e a importância da formação de profissionais que trabalham junto da criança com doença oncológica, como uma ferramenta para saberem como lidar com o seu medo.

Ao considerar-se, novamente, o objetivo geral deste estudo de forma a concluir o tema principal, as perceções dos profissionais indicam que o projeto apresenta-se como uma possível estratégia para desmistificar os medos da criança com doença oncológica. Como consequência, a aplicação do projeto, em contexto hospitalar, tende a desmistificar os medos, uma vez que a criança ao conhecer o desconhecido (materiais e procedimentos médicos), de uma forma lúdica, constrói uma ponte entre

os seus medos e a realidade, os quais tendem a diminuir pela aproximação ao conhecimento dos mesmos.

Como resultado deste estudo, o projeto que se propôs avaliar serviu para testar a sua adequabilidade, funcionalidade e aplicabilidade. Primeiramente, a adequabilidade foi testada relativamente ao contexto hospitalar, em particular para tratar a temática medos. Por conseguinte, verificar a adequabilidade das atividades lúdicas e o instrumento de identificação de medos. Seguidamente, a funcionalidade foi testada a fim de verificar a exequibilidade do projeto junto da criança hospitalizada. Por fim, a aplicabilidade foi testada com vista a obter-se resultados eficazes, assegurando-se como uma estratégia para tratar os medos da criança com doença oncológica. Estas fases serviram para a sua aplicação se tornar exequível frente à realidade oncológica.

Neste fio condutor, as respostas aos objetivos propostos para o estudo orientam-se de acordo com o que se encontra na literatura, no que diz respeito ao lúdico aplicado aos medos da criança com doença oncológica. Segundo a bibliografia selecionada para o presente estudo, o investigador apresenta-se em concordância com a mesma, uma vez que esta se enquadra no projeto que se pretendeu aplicar.

Posto isto, os resultados deste estudo apontam igualmente para uma necessidade emergente da importância de o educador intervir em contexto oncológico. O campo profissional do educador, muitas vezes restrito em termos de atuação, deve ampliar-se a diferentes contextos de aprendizagem, em particular o contexto hospitalar, em situação de doença oncológica.

Como tal, a educação no hospital representa múltiplas possibilidades de expressão. Reproduzindo-se a expressão dada pela educadora entrevistada no que diz respeito ao papel da educação no hospital, reflita-se a amplitude do mesmo: *a educação é deixar que eles sejam meninos, ainda que doentes, mas meninos.*

Ao considerar-se que o psicólogo hospitalar é frequentemente o tradutor da informação dada pelos profissionais de saúde, principalmente os médicos, o educador beneficia com a respetiva função, acrescentando a utilização do lúdico.

Neste sentido considera-se o educador como um mediador entre o médico e a criança, visto que determinadas informações, como os tratamentos que a criança vai receber ou quais os efeitos secundários da doença, podem ser transmitidos pelo educador, e não pelo médico, de uma forma lúdica e menos assustadora.

Assim, ao referir-se o psicólogo hospitalar, procura-se que o trabalho deste funcione a par com o trabalho do educador no hospital, a fim de correlacionar aspetos fundamentais das respetivas áreas. Neste ponto reforça-se a cooperação com os pais; a triangulação correspondente a educador, psicólogo e pais é um instrumento-chave na aproximação à criança com doença oncológica. Ao constatar-se que os medos das crianças são os medos dos pais, salienta-se a importância de os pais constituírem um elemento participante para tratar os medos.

Consequentemente surge a importância da formação de equipas multidisciplinares no contexto hospitalar, colocando-se novamente a par a educação com a saúde. Torna-se incompreensível tratar estes dois conceitos isoladamente, uma vez que a saúde integral passa pela saúde física e pela saúde emocional. Como tal, salienta-se a importância de integrar, nos centros hospitalares, uma equipa multidisciplinar com profissionais das respetivas áreas e outras, com formação específica, a fim de atender adequadamente as necessidades da criança com doença oncológica.

A formação do profissional em determinada área, integrado na equipa multidisciplinar, permite à criança com doença oncológica uma resposta particular por parte de cada um. Se tal facto ocorrer, o bem-estar da criança com doença oncológica apresenta-se como resultado eficaz do funcionamento da equipa multidisciplinar.

Por fim, o investigador gostaria de deixar expresso a vontade de aplicar o projeto futuramente, uma vez que foi inicialmente elaborado com este propósito. As alterações sugeridas pelos informantes-chave, a que o investigador se propõe fazer, permitem um aperfeiçoamento do projeto com vista a resultados mais eficazes.

Deste modo, a ponte constrói-se com múltiplos intervenientes; educador, psicólogo e enfermeiro andam de mãos dadas neste projeto. Os pais completam este

círculo. O lúdico como ferramenta para trabalhar os medos é o agente de mudança da criança com doença oncológica.

A partir da análise de resultados reconhecem-se aspetos relevantes para trabalhar a temática presente ao longo do estudo, num futuro próximo. Como tal, justifica-se a importância de desenvolver projetos deste âmbito, no sentido de atender a criança com doença oncológica especificamente nas suas necessidades emocionais e psicológicas. Igualmente, a fim de obter resultados mais eficazes torna-se emergente a colaboração dos pais neste tipo de projeto, uma vez que pertencem ao núcleo familiar e por esta razão contribuem ativamente para o bem-estar da criança com doença oncológica e consequentemente para a sua recuperação.

Bibliografia

- Albano, M., & Correa, I. (2011). Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalario. *Invest Educ. Enferm.*, 3, 370-380.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Araújo, M. (2011). *A doença oncológica na criança: adaptação e bem-estar psicológico das mães, dos seus filhos e a relação entre ambos*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bomtempo, E. (2003). A brincadeira de faz-de-conta: lugar do simbolismo, da representação, do imaginário. In T. Kishimoto (Org.), *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação* (pp. 57-71). São Paulo: Cortez.
- Borges, E., Nascimento, M., & Silva, S. (2008). Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 2, 211-221.
- Borràs, L. (2002). *Manual da educação infantil: recursos e técnicas para a formação no século XXI*. Setúbal: Marina Editores.

- Capela, S. (2006). O serviço de pediatria na estrutura hospitalar. In L. Santos (Org.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 12-13). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança: Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cordeiro, E. (2006). A escola, que espaço no hospital?. In L. Santos (Org.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 39-41). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 4, 326-336.
- Dias, I. (2005). O lúdico. *Educação & Comunicação*, 8, 121-133.
- Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Esteves, D. (2004). A doença oncológica na criança. In M. Bilro & A. Cruz (Org.), *Enfermagem oncológica* (pp. 163-178). Coimbra: FORMASAU.
- Estrela, A. (1994). *Teoria e prática de observação de classes: uma estratégia de formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fontes, R. (2005). O desafio da educação no hospital. *Presença Pedagógica*, 64, 21-29.

- Gândara, M. (1998). *Desenho infantil: um estudo sobre níveis do símbolo*. Lisboa: Texto Editora.
- Gómez del Manzano, M. (1990). *A criança e a leitura: como fazer da criança um leitor*. Porto: Porto Editora.
- Gonçalves, M. (2006). Contextualização. In L. Santos (Org.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 16-19). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Huizinga, J. (2003). *Homo ludens: um estudo sobre o elemento lúdico da cultura*. Lisboa: Edições 70.
- Jansen, M., Santos, R., & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2, 247-253.
- Jardim, H., & Batista, N. (2006). O hospital de dia. In L. Santos (Org.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 27-29). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Jorge, A. (2006). Animação cultural no hospital: parceiros ou concorrentes. In L. Santos (Org.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 81-82). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

- Kishimoto, T. (2002). *O jogo e a educação infantil*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Kishimoto, T. (2003). O jogo e a educação infantil. In T. Kishimoto (Org.), *Jogo, brinquedo, brincadeira e educação* (pp. 13-43). São Paulo: Cortez.
- Lacerda, A. (2010). *O livro da família da criança com cancro*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.
- Lei de Bases do Sistema Educativo n.º 46/86 de 14 de Outubro. *Diário da República n.º 237/86 – I Série*. Lisboa.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (s.d.). Liga Portuguesa Contra o Cancro. O que é o cancro. Obtido de Liga Portuguesa Contra o Cancro: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=9>
- Malheiro, I., & Cêpeda, T. (2006). A criança com doença crónica: considerações sobre o atendimento. In L. Santos (Org.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 62-65). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- McCaffrey, C. (2006). Major stressors and their effects on the well-being of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 1, 59-66.
- Mitre, R., & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto de hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1, 147-154.
- Moreno, R., Diniz, R., Magalhães, E., Souza, E., & Silva, M. (2003). Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização. *Pediatria*, 4, 164-169.

- National Research Council (2008). *Começar com o pé direito: um guia para promover o sucesso na leitura*. Porto: Porto Editora.
- Opperman, C. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Pais, N. (s.d.). Jogos de afetos. Obtido de Lugar dos Afectos: <http://site.lugardosafectos.com/lugar-dos-afetos/atividades/jogos-de-afetos/>
- Pessanha, A. (2001). *Actividade lúdica associada à literacia*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Piaget, J. (1978). *A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica (s.d.). Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica. O cancro pediátrico. Obtido de Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica: <http://www.pipop.info/gca/index.php?id=150>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Salvador, A. (1994). *Conhecer a criança através do desenho*. Porto: Porto Editora.
- Santos, L. (2006). Actividade lúdica: espaço, objectivos e que profissionais intervêm?. In L. Santos (Org.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 41-43). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Silva, J. (2010). O desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. *Fractal: Revista de Psicologia*, 2, 447-456.

- Silvério, C., & Rubio, J. (2012). Brinquedoteca hospitalar: o papel do pedagogo no desenvolvimento clínico e pedagógico de crianças hospitalizadas. *Saberes da Educação*, 1, 1-16.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Thompson, E., & Ashwill, J. (1996). *Uma introdução à enfermagem pediátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tuckman, W. (2012). *Manual de investigação em educação: metodologia para conceber e realizar o processo de investigação científica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Anexos

Anexo I

Projeto

O presente projeto pretende trabalhar os medos da criança com doença oncológica, em idade escolar, dos 6 aos 10 anos, com o objetivo de verificar a influência do lúdico sobre os respetivos medos. Para tal, o investigador concebeu um instrumento de identificação de medos a aplicar no início e no fim do projeto, compreendendo entre este a realização de quatro atividades lúdicas específicas: *brincar ao faz-de-conta, desenho, jogo e leitura* – sendo cada uma destas seguida de uma entrevista.

Participantes

A seleção dos participantes considerou o contexto em que se pretende aplicar o projeto e as características da população-alvo. Assim, definiu-se os seguintes critérios para a seleção dos participantes:

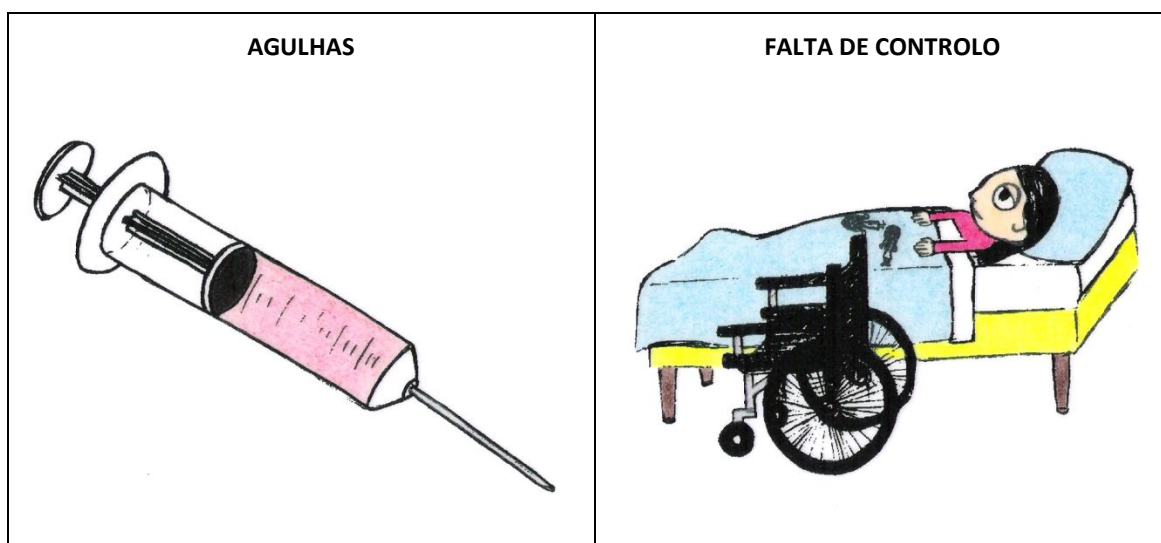
- Crianças hospitalizadas, pela razão de existir um número de crianças razoavelmente constante no internamento durante um determinado período de tempo;
- Crianças hospitalizadas em idade escolar, de forma a conseguirem realizar a atividade de leitura e responderem à entrevista;
- Crianças hospitalizadas que aceitem de livre vontade participarem no projeto com a devida autorização dos encarregados de educação.

Deste modo, os participantes que se pretende selecionar são 10 crianças com doença oncológica, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos e que se encontram hospitalizadas em regime de internamento.

Instrumentos

Os instrumentos a utilizar no presente projeto são: o instrumento de identificação de medos e a entrevista¹. A combinação destes prende-se com a necessidade de complementar e corroborar dados no sentido de enriquecer o conteúdo dos resultados.

O instrumento de identificação de medos foi elaborado pelo investigador, com o objetivo de identificar os medos da criança e com recurso ao lúdico para não ferir a sua suscetibilidade. Este instrumento consiste em sete imagens individuais representativas dos medos (agulhas, falta de controlo, medo de morrer, não poder estar com os amigos, infeções ou danos corporais, perda de cabelo ou alteração da imagem corporal e procedimentos médicos ou operações), sob a forma de desenho e com base nos estudos realizados por Coyne (2006) e McCaffrey (2006).

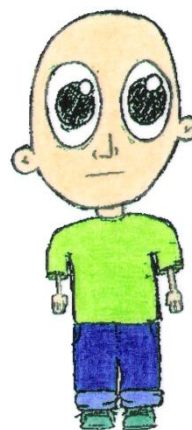


¹ Ver entrevista no fim do documento.

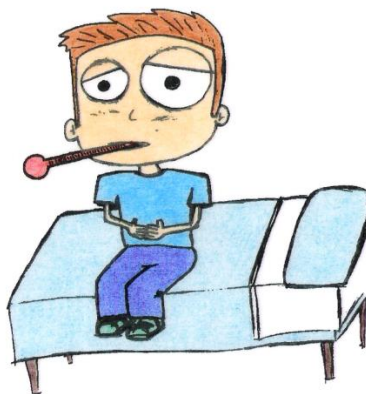
NÃO PODER ESTAR COM OS AMIGOS



PERDA DE CABELO OU ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL



INFECÇÕES OU DANOS CORPORAIS



MEDO DE MORRER



PROCEDIMENTOS MÉDICOS OU OPERAÇÕES

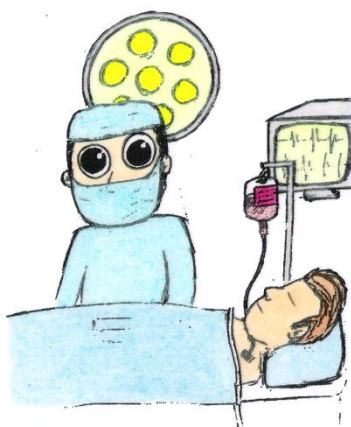


Ilustração 1 - Imagens representativas dos medos

Segundo uma escala de medo elaborada com cores, expressões faciais e legendas, a criança irá expressar o seu medo perante uma determinada imagem, através de uma etiqueta com a respetiva cor assinalada na escala de medo. Assim, apresenta-se uma escala com as seguintes cores e respetivas legendas: *verde* – nunca sente medo; *azul* – poucas vezes sente medo; *amarelo* – algumas vezes sente medo; *laranja* – muitas vezes sente medo e *vermelho* – sempre sente medo.



Ilustração 2 - Escala de medo

Este instrumento será utilizado em dois momentos distintos, inicialmente com o objetivo de identificar os medos da criança e no final da aplicação de todas as atividades lúdicas com o objetivo de comparar as respostas com a primeira aplicação do instrumento relativamente a cada imagem representativa do medo.

A entrevista será realizada à criança no final de cada atividade lúdica para avaliar o seu estado aquando a concretização da atividade. A entrevista é constituída por somente uma questão, a qual pretende compreender o estado da criança após a realização de cada atividade lúdica em específico.

Procedimentos

Para dar início ao projeto pretende-se dirigir um pedido formal à instituição hospitalar a solicitar autorização para a investigação. Após a receção da autorização será importante um reconhecimento do espaço no sentido de o investigador compreender todo o funcionamento da instituição hospitalar. Igualmente torna-se fundamental estabelecer contacto com as crianças de forma a criar laços de confiança

com o investigador a fim de atenuar alguma tensão no momento de aplicação do projeto.

Antes de aplicar o projeto pretende-se solicitar a autorização ao encarregado de educação da criança, acompanhada da explicação detalhada do projeto.

Após a receção da autorização do encarregado de educação, o projeto tem início com a apresentação do instrumento de identificação de medos. Serão apresentadas à criança as imagens individuais representativas dos medos, tendo esta a seu lado a escala de medo e as etiquetas das respetivas cores. O investigador explica à criança a escala de medo da seguinte forma: pede-lhe que cole uma etiqueta da cor a que o seu medo corresponde numa determinada imagem. A título de exemplo, relativamente à imagem “Perda de cabelo ou alteração da imagem corporal”, a criança sente sempre medo, logo cola uma etiqueta vermelha, pois é a cor que corresponde na escala de medo, também associada a uma expressão facial. A criança procede de igual modo para todas as imagens apresentadas e posteriormente espera-se que sejam identificados os medos da criança.

Prosseguindo para a aplicação das atividades lúdicas, propõe-se o *brincar ao faz-de-conta*. Será perguntado à criança se quer fantasiar de médico, tendo como doente o boneco e os materiais para utilizar. De seguida surge a atividade de *desenho* e propõe-se à criança que desenhe os seus medos. Nesta atividade pretende-se a participação do investigador também a desenhar, com o propósito de a criança não se sentir observada e pressionada. Posteriormente será proposto o jogo *Sentimentos*, o qual possui sempre duas cartas com sentimentos opostos e estimula a criança a contar histórias da sua vida relativamente a um determinado sentimento. Pretende-se que esta atividade seja realizada em grupo, independentemente das outras crianças não pertencerem ao grupo de participantes do projeto. Por último, para terminar de uma forma tranquila, será proposta a leitura de livros cedidos pela Associação Acreditar, que narram histórias associadas à realidade oncológica. Pretende-se que seja a criança a ler, caso esta não queira será o investigador a iniciar a leitura.


No final de cada uma destas atividades lúdicas, *brincar ao faz-de-conta*, *desenho*, *jogo* e *leitura* será realizada a entrevista.

Por fim, torna-se a aplicar o instrumento de identificação de medos, nos mesmos moldes em que foi aplicado pela primeira vez, mas desta vez para uma comparação com as respostas da primeira aplicação.


Atividades lúdicas

As atividades lúdicas a desenvolver apresentam-se organizadas segundo um quadro com campos comuns.


Brincar ao faz-de-conta

Proposta	“Vamos brincar aos médicos?”	
Materiais	Boneco, álcool, algodão, cateter venoso, compressa, fita adesiva, máscara, seringa e soro.	
Procedimentos	Será proposto à criança o brincar ao faz-de-conta de médico; a criança recia-se no papel de médico e atua com os materiais disponíveis sobre o boneco.	


Desenho

Proposta	“Vamos desenhar os nossos medos?”	
Materiais	Folhas brancas e lápis de cor	
Procedimentos	Será proposto à criança que desenhe os seus medos. Para que a criança não se sinta observada pelo investigador, este deverá participar na atividade, também desenhando.	

Jogo Sentimentos






Proposta	“Vamos contar histórias da nossa vida?”	
Materiais	Jogo Sentimentos	
Procedimentos	Será proposto à criança que jogue em grupo um jogo que pretende contar experiências e histórias das suas vidas.	

Leitura

Proposta	"Vamos desmistificar os medos do hospital?"	
Materiais	Livros	
Procedimentos	Será proposto à criança a leitura de livros sobre a realidade oncológica.	

Entrevista

1 – Assinala com uma cruz como te sentes neste momento.

2 – Porquê?

Anexo II

Guião de entrevista

Questões	Objetivos
Bloco A – Atividades lúdicas	Conhecer a importância das atividades lúdicas individualmente e a sua influência nas crianças com doença oncológica
1 - Considera as atividades lúdicas adequadas para tratar a temática dos medos em contexto hospitalar?	
2 – Em particular, o que pensa sobre cada uma destas atividades?	
3 – Como pensa que as crianças vão reagir a estas atividades?	
Bloco B – Medos	Conhecer a importância do instrumento de identificação de medos e da respetiva escala de medo a fim de verificar a sua pertinência na aplicação em contexto hospitalar
1 – O que pensa sobre o instrumento de identificação de medos?	
2 – Acha o instrumento apropriado ao contexto para verificar se ocorreu diminuição dos medos, após as atividades?	
3 – O que pensa sobre a escala de medo?	
Bloco C – Aprendizagem	Conhecer a importância da aplicação do projeto em contexto hospitalar e reconhecer a influência do lúdico no processo de aprendizagem
1 – Acha que o projeto poderá ajudar a desmistificar os medos em contexto hospitalar?	
2 – Existe alguma relação entre as atividades lúdicas e a educação?	
3 - Qual é o contributo educativo do projeto?	

Anexo III

Protocolo das entrevistas realizadas aos informantes-chave

1. Membro da Operação Nariz Vermelho (E1)

P – Considera as atividades lúdicas adequadas para tratar a temática dos medos em contexto hospitalar?

E1 – Sim, considero. A primeira impressão ao ler o projeto e agora depois de ver concretamente a realidade, acho muito adequado ao nível desta faixa etária, dos 6 aos 10 anos, são simples e claros que para mim ilustram uma linguagem muito adequada para as crianças poderem entender e responder sem sentir grande obrigação ou esforço para resolver ou responder a perguntas. Acho que facilita muito a fluidez das suas respostas.

P – Em particular, o pensa sobre cada uma destas atividades lúdicas?

[BRINCAR AO FAZ-DE-CONTA]

E1 - O facto de estar a usar objetos reais com um boneco é uma mistura diferente do que a criança está habituada. A criança normalmente brinca com brinquedos e brinquedos e bonecos fazem parte do mesmo mundo ou as coisas reais não fazem parte do brincar neste sentido. Juntando esses dois mundos parece que vai puxar reações mais reais, verdadeiras, da parte da criança. Por um lado, porque são medos verdadeiros e a criança terá mais curiosidade usando essas coisas e os sentimentos também talvez sejam mais reais, verdadeiros e juntando com o boneco que vem do mundo da criança parece que ajuda a construir uma ponte e facilita esta interação com o intuito de conseguir respostas verdadeiras na linguagem da criança.

[DESENHO]

E1 - Pela pouca leitura e conversas que eu tenho tido, acho que é uma linguagem muito mais fácil e verdadeira da criança responder. Eu acho que usando a palavra, mesmo falando ou escrevendo, é muito mais difícil para a criança conseguir expressar coisas que são mais abstratas. Os sentimentos são concretos mas transformam-se em coisas abstratas, palavras é difícil. Transformar ou comunicar sentimentos através de cores, através de imagens é muito mais fácil e eu acho isto muito adequado para ter respostas mais concretas e verdadeiras.

[JOGO SENTIMENTOS]

E1 - Eu acho muito interessante. Primeiro sendo um jogo, sendo cartas é uma coisa mais uma vez do mundo da criança, brincar, jogar é linguagem infantil, tem imagens e toca os sentimentos que são duas coisas muito concretas para as crianças. Agora tendo várias imagens ligadas a esses sentimentos ajudam a criar respostas concretas que a criança pode escolher, ela não precisa criar respostas com desenhos, a resposta está lá e ela só precisa dar um sinal, ela gosta mais desta ou não gosta desta, eu acho muito bom.

[LEITURA]

E1 - As crianças adoram histórias, quer dizer, todas as pessoas gostam de histórias e um dos aspetos que pessoalmente gosto sobre as histórias é que ajudam as pessoas a olharem na mesma direção em vez de olharem umas para as outras. Quando nós entramos numa história nós começamos a olhar para onde vamos, para onde é que vai a história, para onde vai essa ação e identificamo-nos com os personagens da história, com os seus problemas e à procura de soluções para os seus problemas e então eu vejo como esses meios devem facilitar muito a criança poder, primeiro, ver que há outro ser, uma criança nessa história, um personagem que está a passar ou tem passado situações semelhantes à que ela está a passar e juntos assim já têm uma coisa em comum. E através da história começa a conhecer este mundo que é novo ou a experiência ou a situação que é difícil ou simplesmente nova ou diferente facilita

conhecer a entrada neste mundo e eu acho que deve criar um impacto de acalmar um pouco os medos, imagino eu por conhecer o não conhecido.

P - Como pensa que as crianças vão reagir a estas atividades?

E1 - Creio que as crianças vão reagir de uma forma positiva ao envolverem-se nas atividades. Apesar dos resultados serem de um entendimento e mediação para os adultos, as atividades e o processo da participação são convidativos com o embrulho bem-criado do mundo infantil usando o brincar, a imaginação, os desenhos com cores e as histórias. Em vez de tentar levar a criança a participar no seu mundo, está a levar coisas do seu mundo ao mundo da criança numa forma que ela vive, entende e interage ativamente. Por isso, creio que elas vão dar respostas mais verdadeiras por envolverem-se à vontade nas atividades.

P - O que pensa do instrumento de identificação de medos?

E1 – Mais uma vez tanto nas imagens e respostas usando imagens para responder estamos a falar de uma simplicidade, cores que indicam diferença, o aspeto do sorriso ou não sorriso em termos do grau facilita a criança. A criança usa cores, adora cores, vive num mundo de cores e tem que fazer ponte com aquilo que é concreto dentro do que está a sentir, com aquilo que está a ver. Como eu disse há pouco, em vez de usar palavras ou coisas mais abstratas estamos a usar coisas muito concretas e a criança vive nesse mundo concreto e a linguagem é mais fácil para ela expressar-se e assim se for preciso indicar eu acho que as crianças vão conseguir responder de uma forma muito adequada e verdadeira.

P – Acha o instrumento apropriado ao contexto para verificar se ocorreu diminuição dos medos, após as atividades?

E1 – Sim. Eu acho que a criança ao responder, como eu disse há pouco, usando perguntas mais abstratas, a criança precisa tentar falar, escrever seria muito mais difícil medir exatamente de onde é que está e depois responder às perguntas de novo

seria muito difícil perceber onde é que ela está em relação à situação anterior. Aqui eu acho que é muito simples, números ou cores, mas de uma forma muito clara e simples de medir onde está nesse momento, quando a pergunta é feita, quando a experiência é feita e a simplicidade depois onde é que ela está. Eu acho que vão ser muito claras as respostas: ou está na mesma, não teve influência nenhuma ou vamos claramente ver que os jogos, as atividades lúdicas tiveram algum impacto e eu acho que isto é importante na medição, é que as respostas sejam muito claras e não nebulosas.

P - O que pensa sobre a escala de medo?

E1 - Acho que a escala de medo é tão simples e fácil com a utilização das cores e sorrisos que qualquer criança com a capacidade de entender as experiências vividas e as perguntas colocadas responderá sem problema qualquer. Creio que conseguirá respostas claras, porque conseguiu uma mesma linguagem da criança para que ela possa entender e responder.

P - Acha que o projeto poderá ajudar a desmistificar os medos em contexto hospitalar?

E1 – Sim. Eu acho que a criança gosta de brincar, a criança gosta de coisas lúdicas, a linguagem que está a ser utilizada é simples e clara. Uma coisa que eu tenho aprendido nos últimos anos ou no *workshop* que eu faço, é que quando nós estamos a brincar o nosso *stress* e a nossa tensão baixa, ficamos distraídos, relaxados e eu acho que este contexto é muito importante, parece-me para mim muito importante para ter respostas claras quando nós estamos a tentar medir onde é que está a criança, e se ela no processo de fazer os “testes, exames, experiências” está relaxada, isto em si já facilita a sua capacidade de responder, se ela se sentir mais stressada e tensa, isto vai colorir as suas respostas. Para mim a questão é simples, desmistificar de alguma forma é conhecer o não conhecido e se a criança está a entrar no mundo que não conhece, de alguma forma ao conhecer vai aumentar ou diminuir aquilo que ela está a sentir. Agora, ao conhecer, num processo mais agradável, lúdico eu acho que deve ter um efeito de diminuir os medos, o facto de que ela vai ter capacidade não só de ver, mas

de mexer com as coisas, no foro tátil, de ver imagens que têm diretamente a ver com o que ela está a experimentar, de ler histórias, de fazer desenhos sobre aquilo que ela está a sentir. Eu acho que todo este processo ajuda a criança a construir uma ponte para fora com aquilo que está dentro dela, o que ela está a sentir, o que ela está a ver que outros sentem a mesma coisa, tem imagens em que ela possa identificar e dizer: «é isso que eu estou a sentir ou não estou a sentir», e tudo isso, o facto de ela conseguir expressar isso já é um alívio, porque muitas vezes, quando nós não conseguimos comunicar o que é que está dentro para alguém fora, fica dentro e nós ficamos cheios e inibidos, limitados, quando conseguimos deixar sair de alguma forma: «Ah! (suspiro)», a ponte está construída, a comunicação foi realizada e isto em si já é terapêutico.

P - Existe alguma relação entre as atividades lúdicas e a educação?

E1 – Eu acho que sim. Há muita pesquisa que mostra que normalmente nós tentamos falar sobre coisas sérias ou se queremos ensinar ou aprender coisas sérias temos de tratar de uma forma séria. E eu tenho vários anos de experiência que testificam que é muito possível tratar coisas muito sérias de uma forma mais leve, lúdica, brincando, criando um ambiente onde a pessoa possa baixar a sua guarda, possa relaxar, respirar e mesmo assim falar sobre coisas importantes e sérias e a aprendizagem é melhor porque o processo de aprendizagem é mais agradável, menos stressado.

P - Qual é o contributo educativo do projeto?

E1 – Eu acho que a criança aprende sobre si mesmo ao aprender sobre os outros. As imagens, as histórias, conseguir identificar que ela não está numa situação sozinha, única, que ninguém já passou e este aspeto solidário, comunitário, já é uma aprendizagem, que ela não está só a enfrentar uma coisa sozinha, outras crianças têm passado por isso. Além disso aprende que tudo não é mau, está a ver histórias, está a ver imagens que ilustram que há o mundo, há problemas e dificuldades, mas também há maneiras de ultrapassar ou conseguir passar através dessas experiências e acho que isto dá-lhe alguma esperança. Também aprendizagem sobre si mesmo em termos de

conhecer, reconhecer e identificar sentimentos de medo, conseguir fazendo jogos, conseguir fazendo desenhos, o *feedback* que ela recebe quando consegue fazer alguma coisa, tudo isto é um processo de aprendizagem, ela conseguir expressar, ela conseguir identificar, ela conseguir comunicar, isto é um processo de crescimento próprio. Neste processo eu vejo outra educação também é que vai conhecer as pessoas que estão a trabalhar com ela nesta experiência, ou seja, com a Liliana também é uma aprendizagem de ver que há profissionais que estão interessados no bem-estar dela e isto é uma aprendizagem. Pode ter muito medo dos médicos, dos enfermeiros e perceber que essas pessoas estão lá para fazer-lhe bem, não estão lá para fazer-lhe mal, isto é uma educação também.

2. Psicóloga (E2)

P - Considera as atividades lúdicas adequadas para tratar a temática dos medos em contexto hospitalar?

E2 – Sim, acho que são muito adequadas, tendo em conta o intervalo de idades a que se propõe fazer este trabalho de investigação, dos 6 aos 10 anos. Acho que são muito adequadas e são ao mesmo tempo variadas na sua forma de apresentação, o que vai fazer com que algumas crianças se sintam mais à vontade para se expressar umas em relação a outras, são muito abrangentes, muito adequadas.

P – Em particular, o pensa sobre cada uma destas atividades lúdicas?

[BRINCAR AO FAZ-DE-CONTA]

E2 - Acho que esta provavelmente era aquela em que as crianças mais se iriam envolver e motivar a fazer, porque muitas vezes o que se percebe aqui no hospital e aqui na casa é que elas pedem muito para ter acesso a estes materiais para poderem replicar aquilo que fazem com elas próprios, é quase como uma de forma: «eu já sei que vou fazer isto a seguir, vou fazer muitas vezes e isto vai deixar de ser tão assustador, porque eu próprio vou conseguir controlar e poder fazer». Não é muito raro ver as crianças com o ursinho ou com o bonequinho ou com o bebé delas com qualquer coisa posta à semelhança do que elas têm, o cateter ou o penso. Eu acho que esta seria provavelmente mais familiar para elas, aquilo que elas já fazem muito habitualmente e que elas procuram muito fazer no dia-a-dia.

Muitas vezes o que nós percebemos que é sugerido pelos próprios enfermeiros e os pais também hoje em dia já começam muito a fazer também esse tipo de sugestões, é que antes de um procedimento que não é tão habitual ou que é novo ou que tem uma carga de ansiedade maior que seja feita qualquer coisa ao boneco que acompanha a criança e a ansiedade vai ser dividida entre a própria criança e o boneco. Vai sendo diminuída, porque depois a criança está do lado de fora, vai vendo o que vai acontecendo e muitas vezes os medos ou uma das angústias vem com o facto de não

se saber exatamente o que é que vai ser, como é que se vai processar, o que é que vai ser feito, se vai doer e quando se vê fazer ao boneco ou quando se faz ao boneco, percebe que afinal se calhar algumas interrogações têm resposta e a resposta é simples. Acho que esta seria a atividade de eleição.

[DESENHO]

E2 - Todas as crianças gostam de desenhar, desenhar é uma forma simples de se poderem expressar e manifestar, no entanto às vezes há algum receio de empenhar algo naquele desenho, há uma ideia de que há uma expectativa de que se faça um desenho sobre qualquer coisa ou que tem de ser muito colorido ou que tem de ter alguns traços e às vezes a criança pode ficar um bocadinho inibida, porque não é aquilo que quer fazer ou porque não consegue ou não quer e quer apenas desenhar a uma cor ou quer ocupar apenas uma parte da folha e não a folha toda ou então precisa de ocupar a folha toda e há alguma ansiedade em relação a isto. Mas acho que todos gostam, sentem-se seguros neste desafio do desenho e a forma como iria propor, no fundo em que cada um desenhava os seus próprios medos dava a liberdade de poder fazer o medo da forma que entendesse, não era um medo que iria ser avaliado é algo que é sentido, tanto pelo adulto como pela criança e que pode ter uma expressão que é à sua medida e não à medida do que é esperado pelo outro. Às vezes dar uma forma às coisas, dar um nome às coisas dá-nos outro sentido, outro impacto. Nas crianças fazer um desenho sobre uma representação de um medo pode ser uma forma de: «ele fica daquele tamanho». Eu acho que a primeira coisa que um pai e que a criança sentem quando aqui entram, principalmente crianças desta idade, mais pequeninas ainda não, mas a partir dos 6 anos adiante já começam a sentir exatamente o facto de elas estarem privadas do controlo que até então tinham, que já não podem decidir se querem ou não fazer, que a enfermeira venha naquela altura e que lhes faça um penso ou que tenha que fazer uma análise, não pode decidir e muitas vezes nem pode adiar, às vezes até dá para adiar: «não faz isto agora, daqui a 2 minutos voltamos e vamos tentar novamente» mas raramente dá para adiar as coisas, não dá para mudar o plano que está feito, tem de ser feito e é importante que seja feito, porque é um plano que faz parte de um plano maior de tratamento e não se pode desviar. E eu acho que tudo

aquilo que a criança possa fazer, que lhe venha reforçar a ideia de controlo, dá-lhe segurança também, dá-lhe de alguma forma a ideia de que de facto não está tão vulnerável que alguma coisa na sua vida e neste processo que ainda é seu. Pode até ser o medo, esse é mau, mas é seu, é ela que o pode controlar, é ela que o pode verbalizar, é ela que o pode manifestar, é ela que o pode acabar, é ela que o pode partilhar, este foco centrado na criança, eu acho que é extremamente importante no processo de recuperação da notícia, porque é um puzzle que se vai reconstruindo à medida que o tratamento vai evoluindo.

[JOGO SENTIMENTOS]

E2 - Neste vejo uma grande vantagem, é o facto de poderem estar em grupo e de em grupo encontrarem estratégias que possam servir para resolver a questão que é colocada neste desafio que lhes é lançado. E eu acho que é importante estarem em grupo porque, se por um lado cada um pode sentir as coisas de forma diferente, por outro lado a resposta não tem de partir de si, podem haver outras respostas que não foram pensadas ou sentidas e que podem ser boas sugestões quando há um problema que pode ser comum. Também retira muito o peso de: «isto só me acontece a mim, porquê eu, porque afinal não fui sou eu e o outro que está ali ao lado está a passar exactamente pela mesma coisa». Mais, nós também aprendemos com a experiência dos outros, naturalmente, e perceber que alguém já passou pelo que nós passámos, está noutra fase, neste caso, uma criança que está centrada nas dificuldades, nos medos, nas angústias e a outra já passou por isso e até já ultrapassou essas questões e que lhe sugere e que lhe dá exactamente essa ideia, mostra de facto que é possível ter sucesso, em cada uma das batalhas que elas vão tendo. Hoje em dia, imaginemos este menino está nesta fase e hoje está com medo deste exame que vai fazer e numa conversa em grupo percebe que há outro que já fez e que até diz que afinal não é assim tão difícil ou que a seguir até lhe deram não sei o quê porque ele se portou muito bem, há um reforço daquilo que ele é capaz e: «se o outro é capaz eu também vou ser capaz e se não conseguir desta forma, vou conseguir de outra, mas afinal é possível ultrapassar, não é uma coisa que tenha de ficar preso a isto», e eu acho que o estar em grupo é extremamente importante. Aliás, inversamente quando a criança aqui entra no

serviço, de início há um isolamento, a criança que chegou agora ao serviço, que está agora a receber o seu diagnóstico numa fase inicial não se aproxima das outras crianças que estão internadas, porque de facto, ela é diferente de todas as outras, nem que seja porque ainda tem cabelo e os outros já não e a aproximação do outro leva a que ela perceba que: «hoje eu estou assim, mas amanhã vou estar igual ao outro e eu não quero estar igual ao outro, porque eu não quero ficar daquela forma, seu eu evitar estar com ele, eu evito chegar àquele estado». Como é inevitável, quando começa o tratamento, todas as alterações que se dão levam a que a imagem se aproxime uns dos outros, depois então percebe: «então espera, mas se ele consegue, apesar de estar assim, estar a rir e a brincar, vou lá experimentar» e aproxima-se e esta vai ser uma ajuda. Eu acho a experiência de grupo extraordinária, acho muito importante.

[LEITURA]

E2 - Eu acho que a entrega dos livros são formas de entregar uma ferramenta que fica com elas para que elas possam lidar com uma situação que lhes causa alguma angústia, algum medo, alguma ansiedade ou alguma dúvida. A ideia de poderem ser acompanhados por essas ferramentas, ou seja: «pode não estar em mim, mas está próximo de mim», dá-lhes exatamente a segurança que lhes daria se calhar: «hoje vou para o hospital e levo o meu boneco preferido, porque quero tornar aquele espaço mais meu» e eu acho que os livros podem servir muito isso: «se eu um dia me esquecer que isto vai ser assim ou que vai ser possível fazer isto, eu já sei que ali tenho um recurso a que posso recorrer para chegar à ideia de que de facto afinal há estratégias e é possível lembrar-me destas informações que agora não me lembro, mas depois na altura vou lá e elas estão lá e se calhar posso até nunca vir a precisar de reler», mas sabendo que estão lá dá-lhe alguma segurança, naturalmente, aliás é mesmo por isso que eles são feitos, na impossibilidade de haver sempre alguém ao lado a dar a mão, há outras formas de estar presente e de acompanhar.

P – Como pensa que as crianças vão reagir a estas atividades?

E2 – Muito bem. Acho que provavelmente algumas poderão vir a ser de maior interesse para umas do que para outras, porque tem a ver obviamente com a personalidade da criança e com aquilo onde ela se sente mais confortável ou mais à vontade para se expressar, porque apesar de elas todas terem um diagnóstico de cancro, cada uma tem uma personalidade e é um indivíduo diferente, vão ser reativas às atividades também diferentes, mas eu acho que elas são tão completas e que completam tão bem entre si que a criança pode fazer as atividades todas sem sentir que está a repetir coisas ou que está a continuar o mesmo tema, ela aborda de formas diferentes e é quase uma construção.

P - O que pensa do instrumento de identificação de medos?

E2 – Gosto de duas coisas, gosto do facto de ter imagem e texto. Acho que é interessante a possibilidade de ter para além do texto uma imagem, porque se o texto fecha, a imagem abre e dá espaço para muitas coisas. E às vezes elas podem olhar para a imagem e identificar e se só tiverem a ler podem não identificar com aquela questão ou podem não querer sequer verbalizar essa questão. E acho que é importante também o facto de a escala ser por cores e leva a que crianças destas idades possam muito mais facilmente perceber a mecânica e identificar aqui rapidamente olhando para as imagens, qual é aquela que para elas tem um medo mais frequente, um medo menos frequente. Acho no entanto, que dependendo da fase em que se encontram, estes medos vão ter representações diferentes e pesos diferentes, porque, por exemplo, a “perda de cabelo ou a alteração da imagem corporal” pode ser o primeiro medo a ser sentido ou primeiro a parte do “medo de morrer”, mas se calhar numa criança mais pequena, de 6 anos, o “medo de morrer” pode não surgir logo, porque depende das representações que ela tem entretanto daquilo que é a sua doença, mas a perda de cabelo, aquele confronto com as outras crianças que estão aqui no hospital e que estão carecas é um dos primeiros medos: «o que eu tenho vai fazer com que eu fique igual aquele menino que ali está», se calhar dois meses depois do início do tratamento este medo deixa de ser o medo, passa a ser substituído por outro que já está noutra fase do seu processo e vai flutuando e com certeza que estes medos vão

estar presentes ou podem estar presentes ao longo de todo o processo, mas vão mudando, a sua ordem e a identificação na escala há-de ser diferente. O primeiro dia, três meses depois, na fase em que se encontra no seu protocolo. Acho que o processo de consciencialização influencia muito. Para além de todas as outras questões que têm a ver com a representação que têm para os pais, para a família, o apoio, mas acho que a fase em que se encontra no seu processo de tratamento vai fazer com que a ordem destes medos e a identificação na escala varie de criança para criança.

P – Acha o instrumento apropriado ao contexto para verificar se ocorreu diminuição dos medos, após as atividades?

E2 – Sim.

P – O que pensa sobre a escala de medo?

E2 – Eu acho que é interessante ter várias cores associadas a cada uma das categorias de resposta, bem como a própria imagem é fácil entender o sorriso mais aberto ao mais fechado. Acho que é uma escala simples da criança conseguir entender, acho que é importante mais uma vez, o facto de ter associada a imagem a texto, também é a criança em idade escolar e muitos já acharão que se for só imagem que era demasiado infantil, mas por outro lado, ao olhar é muito rápido fazer a identificação de: «eu hoje sinto-me assim ou este medo para mim representa isto, aqui rapidamente consigo perceber qual deles é que é o meu estado ou qual é a imagem que melhor reflete aquilo que sinto». Acho que está muito bem feito.

P - Acha que o projeto poderá ajudar a desmistificar os medos em contexto hospitalar?

E2 - Acho que primeiro, só pelo facto de se poder falar sobre os medos de uma forma que não é a conversa, que é uma forma mais próxima daquilo que é a forma de expressão das crianças tem sempre vantagens, porque muitas vezes a tendência é perguntar e nem sempre é possível conseguir a resposta porque nem sempre é

possível dar a resposta, nem nos adultos, quanto mais nas crianças, não é fácil responder a estas questões. Mas acho que está muito bem pensado e é importante pensar na forma como se aborda a criança e pensar na facilidade que este instrumento pode dar para que a criança possa falar e expressar, sem dizer. Dar um nome às coisas às vezes é difícil, porque só dizer o nome já assusta, só falar nas coisas já pode assustar, mas assim é fácil de falar, fazendo.

P – Existe alguma relação entre as atividades lúdicas e a educação?

E2 – Sim, por exemplo, nesta atividade da boneca, em que se pode utilizar este jogo para explicar como é que as coisas vão ser feitas, para atenuar alguma ansiedade de antecipação, para explicar: «primeiro pomos isto, depois pomos isto, depois pomos isto» e os passos são todos apresentados antes, a criança aprende e já está a adquirir alguns conhecimentos que podem ser importantes, não que os vá aplicar, mas porque quando lhe forem aplicar a si já são importantes ter, eu acho que sim, como os livros. É fundamental nós percebermos que as crianças que aqui estão, estão no meio de um processo de tratamento, mas são indivíduos e têm alguma maturidade que é natural na sua idade e a sua individualidade que tem de ser respeitada e que têm de ser encaradas como indivíduos que podem também fazer escolhas, que também podem ser envolvidas no processo e para isso têm que ser integradas neste conhecimento que os pais recebem, que os técnicos têm e que elas próprias também podem receber à sua medida e à sua escala. A forma mais fácil de poder passar esse conhecimento a uma criança é brincar, o lúdico de uma forma orientada, não é o aberto, mas é o orientado para que elas possam naquela atividade conseguir beneficiar o máximo não só pela experiência de brincadeira, mas por aquela aprendizagem que podem retirar dali.

P – Qual é o contributo educativo do projeto?

E2 – Eu acho que é importante pormos os adultos a saber o que trabalhar e lidar com os medos das crianças. E acho que às vezes para os adultos é importante ler as coisas e perceber os trabalhos, as investigações ou os projetos que são feitos e de que forma é

que foram abordados e como é que as crianças fazem chegar as suas ideias. E eu acho que os adultos precisam de ter estas informações, precisam de ter acesso a estratégias, a ferramentas, a informação sobre aquilo que as crianças sentem e sob a forma como que elas conseguem manifestar aquilo que sentem para que os possam ajudar mais. E às vezes, acho que há uma tendência do adulto que está próximo, seja pai ou técnico ou outro, de nessas situações, porque tem que lidar com a sua ansiedade, tem que lidar com os seus próprios medos, tem que lidar com as suas próprias angústias e dúvidas de não saber muito bem como estabelecer este contacto com a criança e há muitas vezes a ideia de: «ela ainda não sabe o que é que se passa porque é muito pequena, ela não tem noção do que se está a passar», este não ter noção do que se está a passar é muito relativo porque o corpo é da criança, a dor está na criança, há momentos que são da criança, não são do pai, não são do adulto, não são do técnico, não são do profissional, são da criança e se nós conseguirmos, com este tipo de projetos de trabalhos pôr o foco, não nos adultos e naquilo que os adultos imaginam, porque é o que se passa com as crianças, mas naquilo que as crianças efetivamente sentem e podem canalizar, podemos muito mais facilmente ajudá-las. E da mesma forma ajudar os adultos que depois percebem que há medos que não são da criança, são seus. Para mim isso é fundamental e isso é uma das coisas que quando li o projeto achei que era importante, acho que se estes projetos surgem, naturalmente, no sentido de ajudar a criança, quem precisa de recorrer aos resultados deste tipo de investigações são os adultos que é para poderem exatamente utilizar de forma a poder facilitar todo o processo, independentemente de uma criança com cancro, neste caso, porque é específico à oncologia, isso para mim é fundamental. Para mim é óbvio que isto é extremamente importante, porque a problemática não é muito trabalhada, porque dá ferramentas ao próprio, porque dá ferramentas à criança, ao profissional, isto para mim é extremamente importante.

Eu acho fundamental que se invista na formação dos profissionais que trabalham junto destas crianças e destas famílias. A formação não pode ser só na área clínica, não tem de ser fechada e tem que ser uma formação abrangente e aberta. Por outro lado, também acho que ao trabalhar com estas temáticas e nestes contextos todos nós somos confrontados com medos nossos, não são os medos dos outros, são os nossos

próprios medos, o nosso medo de estarmos doentes, o nosso medo de morrer, o nosso medo de perder alguém e muitas vezes fazemos uma projeção daquele que é nosso medo que é o medo do outro, e assim não conseguimos ajudar o outro se não nos podemos ajudar a nós próprios. E eu acho que o contributo para mim deste projeto é, primeiro falar do medo, saber que existe medo e saber que as crianças com cancro têm medo ou não têm quantos medos que se imagina que possam ter, depois dar ferramentas à criança, naturalmente para lidar com o seu medo e também ao profissional ou ao pai ou ao adulto para que possa ajudar a criança também a lidar com esse medo, sem medo de lidar com o medo, sem medo de chamar o nome às coisas, porque cada uma destas temáticas são coisas que parecem simples, mas não são de todo simples, o medo de morrer implica falar sobre a morte, claro que ninguém se sente confortável por falar sobre a morte, a perda de cabelo é um medo da criança, mas é muito mais vezes o medo do pai e da mãe, muito mais vezes, é muito mais difícil a fase inicial, o dia em que se corta o cabelo, em que se rapa o cabelo é quase sempre mais difícil para a mãe ou para o pai que está a acompanhar, do que para a própria criança. Estes medos são intensificados e potenciados pelos próprios pais, para mim este projeto é importante para isso, porque dá ferramentas à criança, mas por outro lado, mais fundamental ainda é dar ferramentas aos adultos, profissionais ou não, que estão próximos das crianças para que possam ajudá-las a ter acesso a estas mesmas ferramentas e estratégias. Só a tomada de consciência daqueles que são os seus medos leva a que depois se perceba: «estes são os meus medos e estes são os teus», vamos arrumar aqui as coisas, cada uma no seu sítio. O distanciamento eu acho que é fundamental, porque de outra forma não conseguimos ajudar, se nós chegamos aqui e achamos que as crianças têm, naturalmente, porque é expectável que tenham medo de morrer, vamos estar sempre a condicionar o nosso apoio em resposta a esse medo, e se nós estivermos abertos a que elas possam expressar aquele que é o seu medo, pode até não ser nenhum destes, pode surgir, porque a criança quando aqui chega já tem uma história de vida, curta, mas tem uma história de vida, pode já trazer outros medos ou adquirir novos porque está aqui e porque está doente e porque está a passar por uma fase que não é normal, que não é aquela que tinha vindo a passar até então, surgem medos associados a isto, mas a vida dela não resume só a isto, há uma dinâmica que não pode ser descurada que é a dinâmica que está ligada à família, à

escola, às interações aqui com as pessoas que vai conhecendo no hospital, eu acho que o resultado deste trabalho é fundamental por isso. Eu acho que a criança tem de continuar a ser estimulada a crescer e adquirir aprendizagens novas e algumas só adquire exatamente por ter estado aqui, porque este processo também pode trazer outros benefícios, embora sejam difíceis de perceber e aceitar, mas é isso que se tenta fazer também muito no trabalho de apoio a estas famílias e as estas crianças, é que nem tudo o que aqui se adquire são más experiências ou más aquisições, há também coisas boas. Uma criança que entre aqui com 6 anos e que tenha uma regressão que obviamente já não usa fralda, mas que passa a usar fralda como consequência de um tratamento de um tumor há uma parte do seu desenvolvimento, do seu crescimento que é interrompida e que traz consequências a vários níveis, até a nível social e eu acho que quanto mais nós pudermos colmatar as falhas que o seu desenvolvimento normal possa trazer, melhor é para a criança, a ideia é que ela vai sobreviver a esta fase, vai passar a fase do internamento, vai sair do internamento e vai voltar a estar reintegrada no grupo de amigos, no grupo de escola, na família. A vida não pode parar ali e isto não pode resumir aquilo que é o seu mundo.

3. Educadora (E3)

P - Considera as atividades lúdicas adequadas para tratar a temática dos medos em contexto hospitalar?

E3 – Sim, absolutamente, embora criaria uma régua a trabalhar em conjunto com esta primeira régua da frequência dos medos ou adaptar esta não só na frequência como na sua intensidade, porque efetivamente existem medos maiores e medos menores. Para uma criança de 6 anos, se calhar falta de controlo não é o medo, embora ele possa existir. O medo de se descontrolar ou de não conseguir controlar-se, não é de não perder o controlo, mas não conseguir controlar-se que é diferente, são coisas diferentes, não sei se não tens de mudar aí em termos da palavra, não é falta de controlo, é o medo de não se controlar. Existem medos diferentes obviamente que sim, mas também existem intensidades diferentes, porque se calhar das agulhas elas têm medo porque lhes provoca dor e é um medo grande e por isso também tal como no desenhar os medos, na forma como elas desenhavam também podemos sugerir essa intensidade de medo que seja representada de uma forma diferente, porque o medo grande pode ser uma mancha grande e o medo pequeno ser uma bolinha mais pequenina. Obviamente que é necessário criar estratégias para todas elas, mas se o maior pânico dela é as agulhas e medo de morrer, sendo que a criança aos 6 anos não tem a mesma noção da morte que tem uma aos 12 e aí traz outros conteúdos acerca da morte. Há coisas que são muito físicas, como “procedimentos médicos ou operações”, “perda de cabelo ou alteração da imagem corporal” envolve também mais uma questão emocional em relação à autoestima e à autoimagem, mas as “infeções e danos corporais” e as “agulhas” são coisas mais físicas, a limitação de “não poder estar com os amigos” obviamente que mexe emocionalmente, mas é uma questão física e que de alguma forma tem uma possibilidade de se contornar. Eu até te vou partilhar uma coisa, há bocado estava com um miúdo pequenino e comecei a ouvir chorar e disse: «mas quem é que está a chorar?» fui ter com ela e disse: «então e estás a chorar porquê?» é uma miúda que está cá há muito pouco tempo e eu disse: «tens muita razão para estar triste, chora, eu percebo-te, mas porque choras? Porque tens de estar aqui e isso eu entendo-te» e comecei a falar com ela para tentar perceber, porque nos

adolescentes às vezes é variável e não só nos adolescentes, mas nos adolescentes é mais fácil porque a partir dos 14 anos eles já podem vir, os pequeninos não, as visitas aqui aos miúdos mais pequenos são restritas excecionalmente aos irmãos e a familiares mesmo muito importantes, mas os pequenos quando estão internados estão limitados às visitas de crianças com menos de 14 anos, por uma questão de proteção. Nos adolescentes é diferente porque já podem ter visitas dos 14 anos e o que é que realmente aqui é importante e às tantas tentei perceber e disse: «os teus amigos, já te vieram ver?» e ela disse: «não» e eu não estava a perceber se não vinham porque ela não queria ou se não podiam vir e eu disse: «mas tu gostavas?» e ela disse: «eu gostava» e aí muda tudo e ela disse: «mas se calhar não vale a pena, porque eu vou-me embora amanhã ou domingo» e eu disse: «vale a pena, hoje» porque hoje vale a pena, não é porque ela vai embora amanhã, ela está aqui é hoje, amanhã ela já está em casa e já muda tudo, porque em casa tudo o que ela sente de tristeza, desse isolamento social ela vive-o mais porque está aqui, fisicamente estando, quando ela for para casa está no meio dela. O não estar com os amigos traz uma série de coisas, traz: «os meus amigos me vejam assim». Eu não sabia, soube há pouco tempo, eu acho que a miúda tinha o cabelo comprido, ela neste momento tem o cabelo à Joãozinho, porque teve que o cortar e ela podia não querer assumir essa imagem, porque há montes delas que se cruzam, ela podia não querer mostrar que a vissem assim, porque para ela era realmente importante, quando ela diz que ela queria ver, aparentemente essa questão está mais afastada, pode existir na mesma, mas não é a primeira. A questão aqui neste caso era ela não poder estar com os amigos, ela queria estar e eu cruzei-me com a mãe e eu disse: «mãe, não me interessa que ela vá amanhã para casa, porque quando ela estiver em casa só facto de ir para casa é meio caminho andando ela estar em casa dela, está no meio dela». O problema é que ela aqui no hospital não está perto das coisas dela, trouxe algumas, naturalmente, mas não está nos cheiros dela, não está no contexto dela e também não tem os amigos, porque ela em casa até pode não ter, mas está noutro meio, está noutro contexto, aqui por si só é uma coisa hostil. Isto para desdobrar aqui uma série de coisas, porque estas coisas trazem muitos outros conteúdos para além destes assim. Obviamente que para ela como adolescente e pelas características dela e da história que ela está a viver, ela tem uma amiga que também está com um problema

oncológico, uma das melhores amigas dela e depois há uma outra terceira, coitada, está em pânico porque tem as duas amigas muito doentes. E nós podemos sair da nossa caixa que é o hospital e alargar e a nossa influência, ser um bocadinho maior, eu disse à mãe: «se calhar essa amiga precisa de vir aqui, não só pela sua filha, mas até por ela própria», porque de alguma forma, obviamente que medos disto tudo elas têm e se calhar se nós tivéssemos na situação delas teríamos exatamente os mesmos medos embora sejamos adultos. A questão aqui é a intensidade com que ele é vivido, do que é que ela tem pânico, uma coisa é ele ver uma agulha e se descontrolar completamente e outra coisa é ver um menino careca que até nem gosta de ver, tem medo de ficar careca também, mas é um medo que está latente, mas que não leva a uma situação de descontrolo. São coisas para mim muito claras e diferentes. Obviamente que os miúdos estão todos relacionados, tudo está, mas onde focar primeiro, porque a minha intervenção é diferente também pela observação que eu faço. Uma coisa é, exemplos recentes, ontem uma miúda que chegou pela primeira vez, tem 4 anos, cheia de caracóis, provavelmente já viu os outros carecas, provavelmente até achou estranho, ainda não falou sobre isso, o cabelo também ainda não lhe começou a cair, agora de facto ela acabou de chegar e está completamente em trauma porque cada pessoa que se aproxima dela ela pergunta se vai picar, está cheia de medo. A primeira coisa que eu fiz foi boneco, meter os materiais todos disponíveis para ela brincar, para ela poder mexer, pelo menos pela questão física, porque a seringa nem sequer é manipulada pela criança, quando recebe uma pica é manipulada pelo outro. A partir do momento em que a criança pode tocar e até pode brincar, obviamente que nós damos-lhe a *butterfly*, tirei-lhe a agulha, mas ela tem essa oportunidade de manusear, de familiarizar, porque se não é tudo muito estranho e isso é tudo muito mais assustador. E ela perceber que de alguma forma e estas coisas são através do mexer, da manipulação ela percebe que pode fazer assim ou que pode fazer devagarinho e quando a enfermeira lhe diz que dá devagarinho, ela percebe que há essa possibilidade de fazer devagarinho. São conceitos relativos, embora haja o devagar e haja o depressa, mas para ela que vê o movimento da seringa, para ela é sempre depressa, aliás porque aquilo lhe traz incómodo, porque elas sentem o líquido a entrar, se ela própria puder explorar com o adulto essa possibilidade de: «olha, vê, assim é devagarinho» e se podermos pôr água ou um líquido qualquer dentro da

seringa para ela perceber que entra mais devagar e que provavelmente faz menos impressão, provavelmente, eu acredito e isto é aquilo em que eu acredito, será facilitador para ela se tornar mais colaborante e ela própria se apaziguar nos seus medos quando tiver que fazer outro procedimento.

P – Em particular, o pensa sobre cada uma destas atividades lúdicas?

[BRINCAR AO FAZ DE CONTA]

E3 - O brincar ao faz-de-conta já falámos.

[DESENHO]

E3 - Em relação aos desenhos dos medos parece-me importante que a proposta seja livre, tendo em conta a faixa etária. Há crianças que têm dificuldades em expressar-se, aquilo que eu posso partilhar contigo é a experiência que eu tenho feito com algumas crianças sobre isso. Houve uma criança com quem eu fiz várias vezes e ela ficava completamente descontrolada para fazer a pica e então fizemos o desenho do medo antes, identificando do que é que ela tinha medo e ela dizia: «da pica» e eu disse: «mas a pica, o quê da pica?» porque não é a pica, isto assusta-a porque tem uma agulha, mas o que lhe provoca medo é a dor, que lhe doa, que ela sente na pele e daí não ser completamente livre, no sentido de estar o adulto, neste caso tu a mediar e a orientar. Uma coisa é desenhar livremente os medos e pode aparecer tudo, mas haver alguma definição do que é que se quer: «de que é que tu tens medo?»; «da pica»; «e o quê da pica?» e isso ela pode ultrapassar passando-lhe a pica para a mão, outra coisa é ela dizer-te assim: «não, do que dói»; «então e esse medo é grande ou é pequeno? Então vamos escolher uma cor que represente este teu medo» e tu vais fazer o tamanho, uma representação qualquer, ou uma mancha ou uma flor, o que ela quiser, pode inclusivamente utilizar-se símbolos do medo e o tamanho dele, se é grande, se é pequeno, se é mais ou menos. «De que é que tens medo mais?»; «Que rebente a veia». O que é que rebentar a veia faz? Dor. «E o tamanho desse medo é maior ou menor que o medo da pica?». E aí vai ganhando alguma noção que há uma graduação de medos, porque tem a ver com a intensidade e por isso eu acho fundamental essa

alteração da régua ou um complemento. Depois eu dizia-lhe assim: «então e diz-me uma coisa, tu confias na enfermeira?» e ela disse: «sim»; «então vamos representar isso, confiança», isto é estratégia. «Qual é a cor que nós vamos escolher para a enfermeira?» e ela escolheu. «Então e tu sabes que a enfermeira é boa e sabes que a enfermeira vai fazer tudo para acertar na veia e de que tamanho é que isso é?». Medo – confiança, comparação de níveis. O contrário da confiança é o medo: «então vamos lá, o quanto tu confias na enfermeira, neste caso?». E ela desenha, muito ou pouco. Porque ela pode não confiar na enfermeira e é um direito. Tu vais fazer análises e também ficas assim, não conheces a pessoa de lado nenhum, só que não te esqueças que estas nossas crianças e uma das coisas que se faz no acompanhamento destas crianças é precisamente manter vínculos de referência e de confiança, precisamente porque se a criança confia que se a enfermeira diz que vai dar devagar e ela vê que ela dá devagar e aquilo até correu bem, se for a próxima, o ponto de partida já não é o mesmo, pode ser facilitador de processo. Avaliamos o nível de confiança com a enfermeira, isto para não estarmos só focadas na questão negativa da coisa, há que criar estratégias com aquilo que são os recursos e os medos das pessoas que estão presentes: «quem são as pessoas mais para ti que são importantes que te podem ajudar a ultrapassar este medo?»; «a minha mãe». Normalmente a mãe, uma pessoa de referência ou a avó: «E como é que é o facto de a mãe estar aqui? Ajuda a ultrapassar este medo em que medida? Muito ou pouco?», voltamos sempre à intensidade: «um bocadinho»; «menos que a enfermeira, mais?» e aí a pessoa vai avaliando ali, fazendo pontos de comparação. «E há mais alguém?» «Eu gosto da Maria estar aqui a conversar comigo»; «muito ou pouco?»; «um bocadinho»; «maior ou menor do que a mãe e a enfermeira?»; «pequenino». E depois desta conversa, eu fazia o desenho com ela, parávamos, agora vamos lá e no final eu voltei a fazer igual e foi muito diferente e ela começou a ficar muito mais colaborante, aliás ela chegava e ia comigo ter uma conversa, basicamente fizemos várias vezes este desenho, naquela circunstância porque o pânico maior dela ao fazer um procedimento é perceber o que é que a está a levar ao descontrolo, ela grita, esperneia, ela não está a colaborar, porquê? Porque tem medo. Isso é óbvio, nós já sabemos. Qual é o medo que ela tem? [P - Mas a diferença que notou no início e no final foi em relação ao tamanho dos desenhos?] Obviamente, do medo, do tamanho do medo: «o medo é igual?» e ela diz

direto: «não». E daí que não é a mesma coisa, já está mais pequenino e ela diz: «já é mais pequenino» é uma miúda com 6 anos, superprotegida, porque isto implica uma série de outras coisas. Pronto, isto em relação aos desenhos, faz muito sentido.

[JOGO SENTIMENTOS]

E3 - O jogo *Sentimentos* parece-me fantástica a ideia, acho muito interessante explorar isto também, poder fazer individualmente, mas poder fazer em partilha, acho muito interessante. Eu hoje de manhã falava com uma mãe e dizia-lhe: «por muita capacidade empática que nós tenhamos, nós jamais sabemos, a não ser que tenhamos passado pelo mesmo, a dimensão daquilo que elas passam», a não ser que falem de igual para igual e isso é muito engraçado, porque imagina, já aconteceu e acontece frequentissimamente, vai pôr cateter: «o que é um cateter?». Nós mostramos-lhe o fio: «um cateter é isto e vai enfiar-se aqui dentro» e ela olha para a pele e vai imaginar um buraco aqui, é completamente assustador, até para um adulto quanto mais para uma criança, tão simples quanto isso. Este menino já tem cateter, já vive com isto mais ou menos: «olha anda cá, tu tens um cateter, queres mostrar aqui à Mariazinha que está cheia de medo e quer pôr o cateter», a criança levanta a camisola e mostra: «olha o cateter é isto, é fácil, tu estás a dormir, a tua mãe vai contigo», e é em pares, o amigo que lhe explica: «tu ficas a dormir e depois acordas e tens aqui o tubinho e depois já não há mais picas, porque depois faz-se tudo através do tubinho». Para além de que a informação que é dada é a essencial que muitas das vezes, nós adultos, queremos tanto e porque não estamos na mesma posição, dispersamo-nos muito em termos da informação, muitas das vezes explicamos demais e ainda criamos outros medos e primeiro porque não somos do mesmo tamanho, não estamos ao mesmo nível cognitivo da criança, temos outras elaborações e não estamos em par, nós não estamos a viver a situação, se há alguém com quem ela se pode identificar é alguém que está a viver uma situação igual e que pode avaliar em termos da escala de dor, ainda que os medos da outra não sejam os mesmos que os dela, mas isso também não importa, agora a informação que aquela pessoa está a dar é validada na hora, porque ela está a dizer exatamente a mesma coisa que eu, também leva picas, também faz tratamentos, também está careca, também não está com os amigos e todos estes

fatores e todos estes medos são reconhecidos também no outro, ainda que o outro possa estar a vivê-los ou não, mas há uma identificação de pares, daí eu achar que é muito importante. Em relação à história dos sentimentos conotados de uma forma mais negativa faz-me sentir que também, porque elas aqui apesar de viverem muita dor, muito sofrimento, muito medo, muita coisa negativa, também têm experiências positivas e muitas das vezes o conseguem criar algo, toda esta expressão plástica, seja o desenho ou uma modelagem, uma criação de uma caixa, uma pintura, um presente para a mãe, o que quer que seja, para elas pode ser o motivo de um sentimento, não de uma perspetiva negativa, mas sim positiva, como alegria, de partilha e de outros sentimentos que existem neste jogo pela oposição e no mesmo pressuposto de partilha desses medos e dessa identificação, uma criança que até tem uma boa notícia, os valores subiram, embora ela não tenha uma noção, a notícia de poder ir para casa e que já não tem de ficar no hospital mais tempo internado que já pode ir para casa, porque tem alta, claro que ela fica feliz, mas também é um misto de emoção para já é outra situação nova que é regressar a casa doente, ainda doente, as expectativas que estão associadas a isso, é o final de um ciclo, não o final da doença. «Olha eu fui para casa mas eu voltei, mas eu fiz uma coisa especial, nesse dia fui ao Mc Donalds, fui buscar o meu irmão à escola, fui ver o jardim onde eu costumava brincar, fui ver a praia onde eu costumava ir, fui ver a minha avó» e essa partilha também, da possibilidade de não se estar só no aspeto negativo da doença, mas também o reforçar as questões positivas que podem vir associadas a isso para que os tornem mais fortes e os fortaleça. Para mim faz-me sentido que haja uma escolha nos dois extremos de medo com a coragem, do triste com o contente, porque ainda que doentes, essas emoções continuam presentes no dia-a-dia da criança. E não vamos desvalorizar, embora obviamente o enfoque seja o estudo das estratégias para ultrapassar medos e as situações negativas associadas à doença mas também é necessário reforçar o outro lado, faz-me sentido que assim seja.

[LEITURA]

E3 - Em relação à proposta da leitura, para mim é deixar um desafio que é: efetivamente os livros que existem das publicações da Acreditar são ótimos e ajudam a

entender de uma forma lúdica a doença, toda a vivência e de algumas das questões associadas, efetivamente não temos nenhum livro que fale dos medos que existem no hospital. O que é que o livro nos permite, como um instrumento lúdico? Permite identificarmo-nos com as coisas que lá estão. Não sei de que forma é que podes fazer esse livro, mas para mim fica lançada a proposta e nessa continuação de obviamente essa atividade da leitura sim, para além disto, mais tarde eventualmente, de uma forma mais generalizada, não necessariamente em relação à questão oncológica, de haver inclusivamente um grupo de controlo de uma criança que não tenha uma experiência hospitalizada, qual é a imagem dela em relação ao hospital, em relação aos medos relacionados com o hospital e ter o grupo real de crianças doentes que têm pela experiência vivida e a expressão dos medos mais concreta, mais vivida e que de alguma forma pode surgir e acho que poderia ser muito interessante. Uma vez que não houve a possibilidade de tu poderes experimentar toda esta possibilidade de os materiais que tu reuniste e que para mim me parecem muito ricos, mas que também haja algo que tu materializes como final do projeto e que obviamente as nossas crianças necessariamente iriam usufruir, fica lançado o desafio.

P – Como pensa que estas crianças vão reagir a estas atividades?

E3 – Eu acho que é muito imprevisível. A brincadeira da manipulação dos materiais é uma coisa que elas normalmente reagem bem, reagem muito bem e têm muita necessidade, é uma brincadeira que elas recorrem muito aqui e que eu promovo mais ou menos conforme aquilo que também vou observando e curiosamente até essa faixa etária dos 10 anos, que não é tão previsível que seja mas que neste contexto existe essa procura e que eu acho que funciona muito bem. Em relação ao desenho e ao jogo é muito variável com algumas variáveis, ao tempo de internamento, de doença declarada, digamos assim, aos laços, à sustentação de referências parentais, em princípio ou a pessoas de referência que facilitam ou não o processo, nem sempre facilitam, a forma como a família vive isto é muito refletida na criança e a criança revela muito isso. Um exemplo, a criança tinha que ir fazer, estamos a falar de uma adolescente que ainda se torna mais grave, uma endoscopia, a mãe não podia estar presente porque tinha que ir a tribunal e veio o avô e disseram-lhe sempre que ela ia

ser acompanhada por alguém, auxiliares, de pessoas que ela conhece dentro do serviço, obviamente que ela estava assustada, claro que sim, mas era um dado adquirido, não havia forma de contornar a não ser desta forma e a mãe passou o tempo todo, eu consigo perceber porque era a angústia da mãe, em que a miúda já não estava nem aí, já não estava a falar do assunto e a mãe chegava lá e dizia: «mas não fiques assim, a mãe volta logo que puder, mas não chores» e a miúda nem sequer estava a chorar, nem sequer estava a viver coisa nenhuma, mas havia sempre este reforço e a mãe é pessoa extremamente cuidadora, excessivamente cuidadora neste caso, que não dá espaço, que vive funcionada nela de tal maneira, a angústia era maior a da mãe do que a da filha e isso estava a exacerbar uma coisa que poderia levar a uma direção que não era a previsível se a sustentação for diferente. Ainda há pouco estava a conversar com uma mãe sobre isso: «é assim, porque tem de ser assim e o que te vão fazer é isto», mas com sustentação de confiança em que a criança sabe e há um reforço da família neste sentido, profissionais: «a enfermeira vai acertar à primeira, isto vai correr bem» do que ter uma mãe que ela própria não consegue confiar, está demasiado frágil para isso acontecer, não é um julgamento é uma constatação de facto da circunstância, os pais também estão muito assustados e nem sempre o ideal acontece. Agora efetivamente a criança absorve, bebe isso e é completamente diferente, uma criança que tem figuras parentais que são *securizantes* e que lhe dizem: «meu querido, eu sei mas tem que ser feita e eu vou estar aqui ao teu lado e é uma boa enfermeira e sabe o que é que está a fazer e vai acontecer tudo pelo melhor e vai por o *spray* e vai fazer isto para te ajudar» do que: «ai, ai, ai» que a enfermeira entra e a mãe já está a chorar, depois também há aqui uma série de outras variáveis que interferem obviamente e que alimentam mais ou menos. São estas variáveis da forma como a criança tem vivido a doença aqui, este estar aqui, se é uma criança que está habituada a ficar com uma educadora e que a mãe até se permite ir apanhar um bocadinho de ar enquanto a criança está a fazer atividades, é muito mais facilitador quando aparece alguém ou que até posso ser eu e de poder realizar esta atividade do que ter uma mãe em cima que não dá espaço e que não deixa a criança responder, não deixa a criança fazer, faz tudo por ela, é o recurso que aquela mãe tem, agora é uma variável. Eu acredito por ser uma coisa nova, embora não possa ser uma coisa muito extensa e não sei se estas quatro atividades não seriam feitas no mesmo dia, seriam

em *timings* diferentes. Eu acredito que era importante, neste caso se fosses tu a fazer, que de alguma forma, antes de haver alguma relação haver um primeiro contacto. Embora é muito imprevisível e nem sempre elas são capazes de expressar e eu esse trabalho do desenho que fiz com essa miúda, fui criando uma relação com ela e já estávamos muito cúmplices quando eu me propus a fazer as coisas desta forma e já era uma referência para ela, como um elemento *securizante* para qualquer procedimento, não se fazia sem a Maria estar presente, não se fazia sem falar com a Maria primeiro, com a cumplicidade e com todas as pessoas envolvidas no momento que é necessário fazer. Eu acho que é muito imprevisível, mas à partida eu acredito que com todas as variáveis elas vão colaborar.

P – O que é que pensa do instrumento de identificação de medos?

E3 – Parece-me bem, a escala de medo como já reforcei há bocado as etiquetas em vez de ter só uma etiqueta, ter etiquetas de vários tamanhos, porque se as etiquetas tiverem de vários tamanhos, não poderia ser só este conjunto teriam de ser vários e com vários tamanhos, logo a questão da intensidade também ficava definida, a intensidade não estaria representada na escala, mas no tamanho das etiquetas. “Falta de controlo” para um miúdo de 6 anos é muito vago, para a criança, ela quer é espernear, ela quer é protestar, ela está zangada, o grito e o choro é a manifestação dela para protestar, ela não tem noção da falta de controlo e vai tendo uma noção que ela vai adquirindo. Dizer assim: «tens toda a razão para isso, mas quando tu gritas ficamos todos mais nervosos e tu também e as veias podem fugir», isto é uma forma que induz o controlo, agora se uma criança de 6 anos tem noção da falta de controlo, eu acho que ela não tem, a não ser que seja levada a, isto é a minha perspetiva. Obviamente as “agulhas” é muito frequente, o “medo de morrer” é para mim também uma questão, a morte tem diferentes estádios, sendo que este estádio entre os 6 e os 10 anos, o pouco que sei é um bocadinho que a morte é uma coisa reversível, dos desenhos animados, elas morrem mas voltam a nascer logo a seguir e é muito vago, são conceitos muito vagos, “infecções e danos corporais”, elas não sabem o que é uma infeção, sabem os bichos maus, sabem que têm febre, sabem que lhes dói a barriga, sobretudo coisas muito físicas, dói-lhes a barriga e têm febre e quando tem febre está

com mau estar e pode ter dores de cabeça, fica com frio, há desconforto, propriamente dito, agora ficar sem uma perna já o caso muda de figura, está pouco definido isto, não sei se não terias que ser mais específica, “não poder estar com os amigos”, família é fácil, “perda de cabelo” sim, “procedimentos médicos”, mas aí nós fazemos muito as brincadeiras, outra coisa que se calhar podias pôr, o jogo da Playmobil porque tem a sala de operações e os médicos, tem a cama do hospital, a mesa-de-cabeceira, o soro, o suporte do soro, tem o braço partido, a perna partida, a enfermeira, tem os personagens. Mas há um que eu não tenho aqui que tem a sala de operações também, depende das circunstâncias, um miúdo que vai por um cateter e tu podes brincar de: «vamos por o cateter com o Playmobil», aliás acho que há mesmo um Playmobil com um edifício do hospital, se não me engano e que vem a ambulância, porque são tudo experiências que elas já passaram. A sala de operações que acaba por funcionar um bocadinho do género do brincar ao faz-de-conta, embora para mim é fundamental estes materiais porque são os materiais que são utilizados com elas, é diferente, agora pode ajudar na dinâmica: «agora a mãe vai contigo pelo quarto», aí é procedimento claro e direto, agora o ritual de ir pôr o cateter, tem um ritual, a mãe veste uma roupa especial, a criança veste uma roupa especial, vão juntos para a sala de operações, o menino fica a dormir, a mãe só sai quando o menino fica a dormir e ele depois fica na sala de operações, na mesa de operações e os doutores a fazerem o que têm de fazer e depois quando o menino acorda, está lá a mãe ao lado dele, para lhe dar beijinhos, para lhe dar apoio para o receber, é outro tipo de brincadeira para situações mais delicadas, em que para além de tudo implica sair deste espaço que apesar de tudo embora hostil ao fim de algum tempo é o espaço mas familiar dentro do hospital e a sala de operações nem sequer é neste piso, vai no elevador, mais uma coisa nova: «para onde é que eu vou?», não sei se seria uma boa ideia também de poderes acrescentar.

P – Acha o instrumento apropriado ao contexto para verificar se ocorreu diminuição dos medos, após as atividades?

E3 – Sim.

P – O que pensa sobre a escala de medo?

E3 – A escala de medo é muito idêntica à escala da dor e não é de todo desconhecida, sendo que a dor também é um medo, pode ser uma mais-valia e é clara não só pela cor como pela expressão facial em que é de fácil identificação. Continuo a achar que em termos de avaliação dos medos que deveria haver uma escala da intensidade seja ela representada pela etiqueta ou por um acrescento qualquer.

P - Acha que o projeto poderá ajudar a desmistificar os medos em contexto hospitalar?

E3 – Absolutamente. Acredito, tenho feito algumas experiências, curiosamente já utilizei inclusivamente para os pais, porque os pais também têm medo. Não só pode ser um bom instrumento de facilitação, porque eu acho que a partir do momento em que a criança assume o medo a intensidade dele reduz, isto é sobre a minha experiência que eu também sou pessoa e porque eu também tenho medos e que efetivamente quando se chega ao momento de perceber qual é o medo que há, existem aqui várias fases, é a fase de nós ficarmos e assumirmos que temos medo, porque muitas das vezes o nosso corpo reage instintivamente é sobrevivência clara, salvar o corpo: «então vai-me picar para quê?» é proteção, o medo de alguma forma é protetor: «está-me a agarrar para quê, se me está a fazer dor eu quero fugir» é o instinto de fuga, perante o medo é o instinto de fuga, tão primordial e que todas estas coisas são absolutamente facilitadoras de poder conversar sobre isso, dá-te a oportunidade de falar sobre isso à condição de quer ou não falar sobre isso e os momentos são vários. Mesmo em conversas que eu tenho com as mães e com as mães obviamente fala-se tudo de uma outra forma, em que a dada altura as confronto direto: «do que é que tem medo?». Eu tenho desenhos de um trabalho que fiz recentemente com uma mãe que tem muita dificuldade de verbalizar e isto surgiu num outro contexto e eu percebi que ela tinha um potencial imenso a nível artístico de desenho, ela representou assim o medo, este foi o medo, em que eu fui pedir à mãe e eu vi que ela é uma mãe que tem muita dificuldade em se expressar verbalmente, falar, é uma mãe que tem uma história difícil que através de uma proposta que tinha sido feita pelo serviço que pediram para fazer uns desenhos sobre o coração para a

cardiologia e a mãe fez um desenho absolutamente extraordinário e eu vi que ela tinha um potencial imenso para o desenho e perguntei-lhe se ela gostava de desenhar e ela disse-me que sim. Convidei-a para fazermos um jogo, entre nós as duas, isto é uma cumplicidade nossa, dei-lhe essas folhas em que ela desenhasse o que lhe apetecesse nos diferentes momentos, conectar com ela era uma situação de limites no sentido de eventual recaída, uma série de coisas e ela estava numa angústia profunda e era visível na cara dela quando tentaram falar com ela e ela não conseguia falar e ela através do desenho foi falando e eu pedi-lhe não só para fazer sobre o medo, sobre o amor e é lindíssimo esse desenho, sobre a alegria, fui-lhe pedindo várias coisas e ela foi fazendo, sendo que fazia quando lhe apetecia e foi um trabalho engraçado com ela e depois eu dizia-lhe que estaria sempre disponível para que se ela quisesse conversar mais sobre aquele assunto, se quisesse conversar sobre isso. O que eu sempre lhe perguntava era se no final ela desenhasse e se sentia melhor e ela dizia que sim, é expressão, é expressão efetiva do sentimento.

P – Existe alguma relação entre as atividades lúdicas e a educação?

E3 – Sim, absolutamente. Embora para mim a educação é uma coisa muito lata e cada vez mais a educação muitas vezes são formas de comportamento esperados, educamos no sentido daquilo que são os comportamentos esperados. Para mim aqui e pela experiência que tenho de trabalho aqui que é acima de tudo vivermos em coerência connosco e respeitarmos a condição de cada um e desenvolvermos esse potencial quer na criança, quer na família. Nessa possibilidade de oportunidade de expressão de ser, qual é a reação normalmente imediata quando se vê uma criança chorar? Não chores. E neste contexto imenso, porque o sofrimento é dela e nós é que assistimos, que nos custa e nós só queremos minimizar o sofrimento, obviamente não é que isto tenha um mau princípio, a questão aqui é o que é que é essencial, no sentido do respeito por aquilo que ela é, pelo ser que ela é, todos nós se calhar somos educados a não expressar os nossos sentimentos, a não expressarmos o que nos vai dentro, porque não podemos chorar, porque é uma manifestação de tristeza, porque as pessoas ficam preocupadas, nem dizemos nada, engolimos em seco. Para mim a educação aqui dentro é muito mais e as atividades lúdicas para mim são um

instrumento dessa possibilidade de se poder ser genuinamente, autenticamente. Mas acima de tudo e é difícil, é mais fácil dizer aqui dentro neste contexto e nesta perspectiva, nesta postura, eu como profissional do que a minha vida lá fora, porque socialmente existem comportamentos que são expetáveis e o meu desafio nesta relação com os medos e em lidar com a criança hospitalizada, passa pela possibilidade de fortalecer individualmente cada criança, cada familiar no sentido de ajudá-lo, dentro da maneira que é possível, a melhor maneira para lidar com, em que tudo é aceitável e à condição de cada um. Podemos ser facilitadores de uma vivência mais positiva e isso para mim é educação ou mais negativa, porque se eu disser: «porque você não pode chorar» não, você pode e deve chorar, se calhar fazer entender que se chorar ao pé da criança ela poderá não entender porque é que ela está a fazer, numa criança mais velha, se eu chorar e conseguir explicar que estou assustada pode ser facilitador para crer que a criança no momento de tristeza também se sinta confortável em chorar e dizer: «eu estou a chorar porque estou triste», quase como uma permissão, não há regras e isto tudo é contextualizado à medida de cada um e à capacidade de cada um, mas acima de tudo e não é linear nem em relação à idade nem em relação à circunstância de doença, obviamente, a mãe chora porque tem medo que ela morra e a nós não lhe vamos dizer isto, não lhe vai facilitar dizer isto, mas dizer que está assustada com toda esta mudança de vida, porque não? Não acho que seja prejudicial, não é colocar isto no colo da criança, dar-lhe isso como uma responsabilidade e isto depois envolve uma série de outras coisas e tem que ter algum cuidado. Eu ontem estava a conversar com esta família e a mãe estava completamente assustada, muito sobre os laços de confiança da médica, porque a médica não fala, a médica não explica, quando uma pessoa recebe uma partilha destas, o que é que eu faço, o que é que eu posso fazer com discernimento, com calma e o que é que eu posso ajudar a melhorar nisto. Então fortalecer aquela mãe de que de alguma forma, não viver tão intensamente, no limite dela, está assustadíssima de estar aqui, tem um problema de perspectiva de muita compreensão do estado dela, de abertura para, mas de que se calhar ela não estar só em torno dos seus pensamentos e alimentar esses pensamentos e esses medos. Isto é uma bola de neve, uma teia que não tem fim, mas dizer-lhe, porque não?: «Olhe sabe o que é que nós podemos fazer? Se calhar para a mãe ficar mais distraída? Uma caixinha para guardar as coisa da Mariazinha», então

canalizá-la para a atividade lúdica, no sentido de a descentrar daquilo que é o grande medo dela e que é a preocupação dela, que é o estado de doença da filha, que eu estaria exatamente igual no lugar dela, criar recursos internos para que elas possam lidar melhor com a situação, para mim no hospital esta é a perspectiva de educação.

P – Qual é o contributo educativo do projeto?

E3 – É precisamente esta mudança de mentalidades. Eu quando vim para aqui há 19 anos atrás, eu nunca tinha entrado num hospital pediátrico e vim parar aqui e eu dizia para as minhas colegas: «eu preciso de ajuda, eu não sei o que é que é trabalhar no hospital e muito menos como educadora». E de facto não deixa de ser interessante, no sentido de promover brincadeiras e atividades para as crianças adequadas com consciência, com conhecimento e estudo pedagógico das atividades que se podem propor à criança como um desafio também para ela lidar melhor com isto, de uma forma geral. Este projeto é concretamente e a falar a outro nível, eu dizia muitas vezes às minhas colegas: «às vezes eu sinto-me o Pai Natal» que é ir aos quartos, distribuir brinquedos, obviamente com a responsabilidade que sejam adequados ao desenvolvimento da criança, parece-me pouco. Acho que trabalhar no hospital vai muito mais do que isso e é tomar consciência destas coisas e podermos ser efetivamente um elemento mediador, facilitador da tomada de consciência da criança de uma forma ajustada, é uma questão de ajudar, nós temos de ter essa consciência e facilitar a criança a levá-la no caminho como um ser único que é com a sua especificidade e a sua individualidade, eu dizia muitas vezes, e digo muitas vezes às estagiárias do primeiro ano do curso de educadoras foi basicamente reforçando o aspeto da individualidade, da disponibilidade, foi basicamente um ano inteiro a trabalhar com este conceito e quando nós hoje, e eu só trabalhei três anos fora daqui, a minha experiência fora daqui é muito restrita, além do estágio eu trabalhei dois anos fora, curiosamente o primeiro ano em jardim infância, ATL e depois creche e de facto ainda que possamos fazer um ensino diferenciado e um ensino, não é um ensino de uma forma diretiva da palavra, mas uma educação diferenciada e individualizada acaba por se fazer um bocadinho pela mesma bitola, a nossa atitude de facto é individualizada e diferenciada à especificidade da criança, em termos de propostas de

atividades nem sempre assim o acontece. Também acontece aqui: «vamos comemorar o dia do sol», haja sol para todos e trabalhamos o sol de diferentes maneiras, mas como a própria população tem diferentes idades, o desafio é muito maior porque quando estamos numa sala de 5 anos mais ou menos em termos dos materiais, da proposta, como é que se faz a abordagem daquilo é mais ou menos limitada, quando nós temos crianças dos 0 aos 18 anos as respostas são necessariamente diferentes e isso é um desafio constante e permanente e esse é o gozo do meu trabalho aqui. Assim como neste projeto é a forma como cada um vive a doença e ela é efetivamente diferente com uma série de variáveis, à sustentação familiar, no sentido de suporte, de contenção no sentido de ser seguro, mais *securizante* ou menos *securizante*, porque há famílias que estão muito desorganizadas e não é porque estão doentes, porque já estavam e isso é absolutamente notório aqui. Há projeção dos próprios medos dos pais que fazem nos miúdos e os miúdos depois revelam isso e para mim é mais uma oportunidade de irmos mais longe, falando de outras coisas, porque cuidar não é só estar a dar medicação, fazer quimioterapia, é efetivamente necessário, é efetivamente inadiável, porque a criança está doente, mas os nossos meninos não são doença, acima de tudo eles são meninos e a educação é deixar que eles sejam meninos, ainda que doentes, mas meninos.

4. Enfermeira (E4)

P - Considera as atividades lúdicas adequadas para tratar a temática dos medos em contexto hospitalar?

E4 – Sim, eu considero que através das atividades lúdicas, principalmente em Pediatria obviamente, é a melhor forma de nós conseguirmos trabalhar com as crianças e de as ajudar a lidar com a realidade de uma forma mais fácil, mais simples.

P – Em particular, o pensa sobre cada uma destas atividades lúdicas?

[BRINCAR AO FAZ-DE-CONTA]

E4 - O brincar ao faz-de-conta eu acho que é extremamente importante. Nós às vezes tentamos um bocadinho fazer isso, mas não temos tempo e isso é que é pena, porque quando conseguimos pôr o penso no boneco que a criança traz ou a criança leva o penso para casa, ajuda-as a não ter tanto medo e a lidar com tudo de uma forma mais natural. Elas frequentemente levam material e chegam a casa e fazem análises aos pais, etc, é a forma de ser normal, passa a ser a rotina delas e fazer estas atividades que as crianças não fazem. É muito interessante.

[DESENHO]

E4 - Também é uma forma de nós tentarmos compreender e tentar perceber o que é que a criança está a sentir, também é uma forma interessante e às vezes o difícil é conseguirmos interpretar verdadeiramente o que é que aquele desenho representa. Às vezes temos de pedir uma ajuda à própria criança, depois depende também das idades, mas aqui com 6 anos elas já conseguem desenhar. E é uma forma interessante, até às vezes só pelas cores, estão mais tristes ou mais contentes.

[JOGO SENTIMENTOS]

E4 - O jogo *Sentimentos* eu não conhecia este exatamente, penso que para as crianças de 6 anos, eventualmente é capaz de não ser muito fácil aplicar, principalmente arranjar estratégias, se houver problemas, se houver medos, se houver situações complicadas, mas é sempre interessante, é uma forma pelo menos de tentar ajudar a criança a falar do que é que sente, do que é que pensa e tentar em conjunto às vezes até o estarem grupo ver que outros também pensam a mesma coisa, também têm os mesmos medo e arranjam soluções, é interessante, é uma questão de experimentar.

[LEITURA]

E4 - A leitura também é uma forma engraçada de explicar as situações pelas quais elas passam, ficam com queda de cabelo, podem usar outros objetos que disfarçam, etc, é engraçado e é uma forma de as ajudar, foi por isso também que a Acreditar começou a fazer esses livros.

P – Como pensa que estas crianças vão reagir a estas atividades?

E4 - Reagem bem, porque tudo o que é brincar é bom, mesmo que sejam coisas de hospital, se é brincar é bom [P - A qualquer uma delas?]. Sim, elas reagem muito bem ao brincar, tudo o que é brincar é engraçado. Eu fui agora com uma menina para cima, é uma admissão e foi o tempo todo a dizer: «eu quero brincar, eu quero brincar» e depois chegou lá a cima viu a sala de espera que tem os brinquedos e fez um grande sorriu, queria brincar, para elas brincar é o que elas fazem.

P – O que é que pensa do instrumento de identificação de medos?

E4 - Eu acho que a ideia é muito interessante. Eu acho que é uma forma que nós não temos e não trabalhamos e é muito importante utilizarmos o instrumento de medos. Aí só em relação à morte, o desenho tem de ser adaptado, não pode causar mais medo na criança e a morte é vista na nossa sociedade de várias formas e uma delas é como quase alguém que vem e mata, mas isso é aquilo que nós não queremos e nunca deve

ser um desenho desses, e sou muito honesta, nunca deve ser um desenho que de alguma forma possa assustar, ainda por cima porque a criança vai morrer e jamais pode associar que vai morrer e percebe que está a morrer e desatar a chorar ali à entrada da porta, que alguém a vá buscar com uma coisa na mão. Isso jamais. Quanto ao resto, acho que sim e a ideia em si é muito boa, agora com atenção exatamente às imagens e às que podem verdadeiramente assustar, porque a morte nunca deve ser vista, claro, que há várias formas de ver a morte, nunca deve ser vista como uma entidade, para já, porque a morte não é uma entidade. Não é um ser que vem e leva a pessoa. E mesmo que fosse uma coisa boa, só essa imagem já é assustadora, é vir alguém que eu não conheço que me vai levar, não sei para onde e depois a imagem do medo já é assustadora, ainda pior. Mas sim, acho que a ideia em si é muito boa e mesmo associar a palavra, mesmo aquelas que já sabem ler com a imagem e depois classificada, eu acho que já é muito bom e que seria uma excelente forma de avaliar que medos têm e trabalhá-los.

P – Acha o instrumento apropriado ao contexto para verificar se ocorreu diminuição dos medos, após as atividades?

E4 – Sim, eu não sei é como é que isto iria ser trabalhado, mas o resultado não iria ser imediato, fazer uma atividade e logo a seguir já está bom, se calhar tem de haver várias sessões e depois dali a um tempo volta a avaliar e já houve uma mudança. Além de que há medos que têm de ser trabalhados em simultâneo com os pais, ou seja, muitos dos medos que as crianças têm também são medos dos pais, nomeadamente o medo da morte e há todo um trabalho que deveria ser feito também com os pais para conseguir que o resultado seja o que nós pretendemos, que é que o medo passe de vermelho para amarelo até chegar ao verde e há muitos medos, há de tudo, da doença, da queda de cabelo, o que é que vão sentir. Nós temos pais que não querem que as crianças vão para a escola porque podem dizer que ela tem um cancro e são medos menos palpáveis e que impede a vida da criança, porque os próprios pais não lidam com o tema, tinha que ser trabalhado para se conseguir ver resultados mais desejáveis.

P – O que pensa sobre a escala de medo?

E4 – É semelhante à nossa escala da dor e elas certamente iriam associar, mas desde que elas percebam bem e certamente desde que seja explicado elas conseguem utilizar, mesmo aos 6 anos e é interessante: «eu tenho muito medo disto ou não tenho» e daquilo que se está a falar e é fácil até elas utilizarem isso é uma forma engraçada de dizerem se têm muito medo ou pouco medo ou nunca tiveram.

P - Acha que o projeto poderá ajudar a desmistificar os medos em contexto hospitalar?

E4 – Sim, eu acho que há muito trabalho que deveria ser feito que nós não conseguimos, em grupo não chegamos lá e que era um projeto muito interessante até ser aplicado de forma em que não seja só projeto mas passar a ser utilizado e haver um grupo de pessoas a fazer isso e a trabalharem sistematicamente com as crianças.

P – Existe alguma relação entre as atividades lúdicas e a educação?

E4 – Há toda, claro. Porque nós temos sempre de educar as nossas crianças e a forma lúdica é a forma de elas aprenderem verdadeiramente. Infelizmente nem sempre é assim e nós ainda vivemos de uma forma muito restritiva de ensino, no ensino têm de estar todos sentados, todos quietinhos, ninguém fala e o ideal seria mesmo nós conseguirmos aprender e ensinar de forma lúdica. Nós ainda temos muita dificuldade, porque a maior parte de nós não andou em escolas em que ensinam dessa forma e a grande maioria também não ensina dessa forma. Mas o ideal é nós conseguirmos ensinar de forma lúdica em tudo e mesmo na escola, não só aqui, aqui apesar de tudo, e se calhar é o sítio onde elas têm mais atividades lúdicas que os pode ajudar, tentamos todos de alguma forma, embora não tanto como se calhar poderia ser, fazer tudo de uma forma mais lúdica, apesar de tudo e no dia-a-dia lá fora as crianças não têm isso, infelizmente, e aqui também não. A forma ideal sempre de aprender é essa.

P – Qual é o contributo educativo do projeto?

E4 - Uma das vantagens que não chegou a ser possível é mostrar que é possível, fazer de outra forma, não permitiram, se calhar poderiam ter avaliado e ter visto quais eram os instrumentos e tal como eu disse em relação a essa questão da morte se elas achassem que eventualmente causasse algum dano seria alterado. Mas era uma forma também de ajudar também os profissionais que cá estão a fazerem mais e a fazerem de outra forma e seria importante porque isso é muito o que nos falta, essa é que é a realidade, há muito trabalho que poderia ser feito que não chega a ser possível e eu acho que seria uma mais-valia muito grande fazer um trabalho deste género e ser eventualmente implementado, seria importante.

Anexo IV

Análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos informantes-chave

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS		INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
ATIVIDADES LÚDICAS	Adaptação das atividades		<p>Faixa etária</p> <p>Linguagem adequada</p> <p>Forma de apresentação</p>	<p>(...) ilustram uma linguagem muito adequada para as crianças poderem entender e responder sem sentir grande obrigação ou esforço para resolver ou responder a perguntas (E1)</p> <p>(...) são muito adequadas, tendo em conta o intervalo de idades (...) e são ao mesmo tempo variadas na sua forma de apresentação, o que vai fazer com que algumas crianças se sintam mais à vontade para se expressar numa em relação a outras (E2)</p> <p>Sim, absolutamente, embora criaria uma régua a trabalhar em conjunto com esta primeira régua da frequência dos medos ou adaptar esta não só na frequência como na sua intensidade (E3)</p> <p>(...) é a melhor forma de nós conseguirmos trabalhar com as crianças e de as ajudar a lidar com a realidade de uma forma mais fácil, mais simples (E4)</p>
	Avaliação de atividades	Brincar ao faz-de-conta	<p>Facilita os procedimentos médicos</p> <p>Torna a criança mais colaborante</p> <p>Atenua medos</p>	<p>(...) juntando com o boneco que vem do mundo da criança parece que ajuda a construir uma ponte e facilita esta interação com o intuito de conseguir respostas verdadeiras na linguagem da criança (E1)</p> <p>(...) esta seria provavelmente a atividade mais familiar para elas, aquilo que elas já fazem muito habitualmente e que elas procuram muito fazer no dia-a-dia (...) quando se vê fazer ao boneco ou quando se faz ao boneco, percebe que afinal se calhar algumas interrogações têm resposta (E2)</p> <p>(...) tem essa oportunidade de manusear, de familiarizar, porque se não é tudo muito estranho e isso é tudo muito mais assustador (...) se podermos pôr água ou um líquido qualquer dentro da seringa para ela perceber que entra mais devagar e que provavelmente faz menos impressão (...) será facilitador para ela se tornar mais colaborante (E3)</p> <p>(...) ajuda-as a não ter tanto medo e a lidar com tudo de uma forma mais natural (E4)</p>

		Desenho	Oferece segurança	<p><i>Transformar ou comunicar sentimentos através de cores, através de imagens é muito mais fácil e eu acho isto muito adequado para ter respostas mais concretas e verdadeiras (E1)</i></p> <p><i>(...) tudo aquilo que a criança possa fazer, que lhe venha reforçar a ideia de controlo, dá-lhe segurança também, dá-lhe de alguma forma a ideia de que de facto não está tão vulnerável que alguma coisa na sua vida e neste processo que ainda é seu (E2)</i></p> <p><i>(...) parece-me importante que a proposta seja livre, tendo em conta a faixa etária (E3)</i></p> <p><i>(...) é uma forma de nós tentarmos compreender e tentar perceber o que é que a criança está a sentir (E4)</i></p>
		Jogo Sentimentos	<p>Importância de estar em grupo</p> <p>Identificação de pares</p> <p>Partilha de experiências</p> <p>Resolução de problemas</p>	<p><i>(...) tendo várias imagens ligadas a esses sentimentos ajudam a criar respostas concretas que a criança pode escolher, ela não precisa criar respostas com desenhos, a resposta está lá e ela só precisa dar um sinal (E1)</i></p> <p><i>(...) é importante estarem em grupo porque, se por um lado cada um pode sentir as coisas de forma diferente, por outro lado a resposta não tem de partir de si, podem haver outras respostas que não foram pensadas ou sentidas e que podem ser boas sugestões quando há um problema que pode ser comum (E2)</i></p> <p><i>(...) a informação que aquela pessoa está a dar é validada na hora, porque ela está a dizer exatamente a mesma coisa que eu, também leva picas, também faz tratamentos, também está careca, também não está com os amigos e todos estes fatores e todos estes medos são reconhecidos também no outro, ainda que o outro possa estar a vivê-los ou não, mas há uma identificação de pares (E3)</i></p> <p><i>(...) é uma forma pelo menos de tentar ajudar a criança a falar do que é que sente, do que é que pensa, e tentar em conjunto às vezes até o estarem grupo, ver que outros também pensam a mesma coisa, também têm os mesmos medos e arranjam soluções (E4)</i></p>
		Leitura	<p>Acompanha</p> <p>Ajuda a compreender a realidade oncológica</p>	<p><i>(...) facilita conhecer a entrada neste mundo e eu acho que deve criar um impacto de acalmar um pouco os medos (E1)</i></p> <p><i>(...) sabendo que estão lá dá-lhe alguma segurança, naturalmente, aliás é mesmo por isso que eles são feitos, na impossibilidade de haver sempre alguém ao lado a dar a mão, há outras formas de estar presente e de acompanhar (E2)</i></p> <p><i>(...) os livros que existem das publicações da Acreditar são ótimos e ajudam a entender de uma forma lúdica a doença, toda a vivência e de algumas das questões associadas (E3)</i></p> <p><i>(...) é uma forma engraçada de explicar as situações pelas quais elas passam, ficam com queda de cabelo, podem usar outros objetos que disfarcem, etc, é engraçado e é uma forma de as ajudar (E4)</i></p>

	Reação das crianças às atividades	<p>Positiva</p> <p>Cria ambiente para a expressão pessoal</p> <p>Abertura à colaboração e à participação</p>	<p>(...) vão dar respostas mais verdadeiras por envolverem-se à vontade nas atividades (E1)</p> <p>(...) algumas poderão vir a ser de maior interesse para umas do que para outras, porque tem a ver obviamente com a personalidade da criança e com aquilo onde ela se sente mais confortável ou mais à vontade para se expressar (E2)</p> <p>(...) é muito imprevisível, mas à partida eu acredito que com todas as variáveis que elas vão colaborar (E3)</p> <p>Reagem bem, porque tudo o que é brincar é bom, mesmo que sejam coisas de hospital (E4)</p>
MEDOS	Instrumento de identificação de medos	<p>Importância da articulação imagem/texto</p> <p>Excelente na avaliação de medos</p> <p>Criar escala para medição de intensidade</p> <p>Alterar o desenho "Medo de morrer"</p>	<p>(...) em vez de usar palavras ou coisas mais abstratas estamos a usar coisas muito concretas e a criança vive nesse mundo concreto e a linguagem é mais fácil para ela expressar-se (E1)</p> <p>(...) é interessante a possibilidade de ter para além do texto uma imagem, porque se o texto fecha, a imagem abre (...) é importante também o facto de a escala ser por cores e leva a que crianças destas idades possam muito mais facilmente perceber a mecânica e identificar aqui rapidamente olhando para as imagens, qual é aquela que para elas tem um medo mais frequente, um medo menos frequente (E2)</p> <p>(...) ter etiquetas de vários tamanhos, porque se as etiquetas tiverem de vários tamanhos, não poderia ser só este conjunto teriam de ser vários e com vários tamanhos (E3)</p> <p>(...) o desenho tem de ser adaptado, não pode causar mais medo na criança (...) jamais pode associar que vai morrer e percebe que está a morrer (...) acho que a ideia em si é muito boa e mesmo associar a palavra, mesmo aquelas que já sabem ler com a imagem e depois classificada, eu acho que já é muito bom e que seria uma excelente forma de avaliar que medos têm e trabalhá-los (E4)</p>
	Apropriação do instrumento	<p>Medição compreensível</p> <p>Necessidade de repetir as sessões</p> <p>Importância da cooperação com os pais</p>	<p>(...) é muito simples, números ou cores, mas de uma forma muito clara e simples de medir (E1)</p> <p>Sim (E2)</p> <p>Sim (E3)</p> <p>(...) tem de haver várias sessões (...). Além de que há medos que têm de ser trabalhados em simultâneo com os pais (E4)</p>
	Escala de medo	<p>Simples e fácil</p> <p>Importância da</p>	<p>Acho que a escala de medo é tão simples e fácil com a utilização das cores e sorrisos que qualquer criança com a capacidade de entender as experiências vividas e as perguntas colocadas responderá sem problema qualquer (E1)</p>

		<p>articulação cor, imagem e texto</p> <p>Fácil identificação</p> <p>Idêntica à escala de dor (utilizada no hospital)</p>	<p>(...) é interessante ter várias cores associadas a cada uma das categorias de resposta, bem como a própria imagem (...). Acho que é uma escala simples da criança conseguir entender, acho que é importante mais uma vez, o facto de ter associada a imagem a texto (E2)</p> <p>(...) é muito idêntica à escala da dor e não é de todo desconhecida, sendo que a dor também é um medo, pode ser uma mais-valia e é clara não só pela cor como pela expressão facial em que é de fácil identificação (E3)</p> <p>É semelhante à nossa escala da dor, e elas certamente iriam associar, mas desde que elas percebam bem e certamente desde que seja explicado elas conseguem utilizar (E4)</p>
APRENDIZAGEM	Desmistificar os medos	<p>Diminuição de medos e suas intensidades</p> <p>Expressão de sentimentos</p> <p>Instrumento facilitador</p> <p>Estratégia a utilizar</p>	<p>(...) ao conhecer, num processo mais agradável, lúdico eu acho que deve ter um efeito de diminuir os medos (...) todo este processo ajuda a criança a construir uma ponte para fora com aquilo que está dentro dela (E1)</p> <p>(...) é importante pensar na forma como se aborda a criança e pensar na facilidade que este instrumento pode dar para que a criança possa falar e expressar, sem dizer (E2)</p> <p>Não só pode ser um bom instrumento de facilitação, porque eu acho que a partir do momento em que a criança assume o medo, a intensidade dele reduz (E3)</p> <p>(...) era um projeto muito interessante até ser aplicado de forma em que não seja só projeto mas passar a ser utilizado e haver um grupo de pessoas a fazer isso e a trabalharem sistematicamente com as crianças (E4)</p>
	Relação entre atividades lúdicas e educação	<p>Lúdico orientado para a aprendizagem</p> <p>Facilitador de uma vivência positiva</p> <p>Recurso para lidar com determinadas situações</p>	<p>(...) é muito possível tratar coisas muito sérias de uma forma mais leve, lúdica, brincando, criando um ambiente onde a pessoa possa baixar a sua guarda, possa relaxar, respirar e mesmo assim falar sobre coisas importantes e sérias e a aprendizagem é melhor porque o processo de aprendizagem é mais agradável, menos stressado (E1)</p> <p>A forma mais fácil de poder passar esse conhecimento a uma criança é brincar, o lúdico de uma forma orientada, não é o aberto, mas é o orientado para que elas possam naquela atividade conseguir beneficiar o máximo não só pela experiência de brincadeira, mas por aquela aprendizagem que podem retirar dali (E2)</p> <p>(...) possibilidade de fortalecer individualmente cada criança, cada familiar, no sentido de ajudá-lo (...) ser facilitadores de uma vivência mais positiva e isso para mim é educação (...) canalizá-la para a atividade lúdica, no sentido de a descentrar daquilo que é o grande medo dela e que é a preocupação dela (...) criar recursos internos para que elas possam lidar melhor com a situação, para mim no hospital esta é a perspetiva de educação (E3)</p> <p>(...) nós temos sempre de educar as nossas crianças e a forma lúdica é a forma de elas aprenderem verdadeiramente (E4)</p>

	Contributo educativo	<p>Aprendizagem sobre si</p> <p>Formação de profissionais</p> <p>Promoção de atividades lúdicas</p> <p>Expressão do ser da criança</p>	<p><i>(...) a criança aprende sobre si mesmo ao aprender sobre os outros (...) aprendizagem sobre si mesmo em termos de conhecer melhor, reconhecer e identificar sentimentos (...) ela conseguir expressar, ela conseguir identificar, ela conseguir comunicar, isto é um processo de crescimento próprio (E1)</i></p> <p><i>(...) acho fundamental que se invista na formação dos profissionais que trabalham junto destas crianças e destas famílias (...) dar ferramentas à criança, naturalmente para lidar com o seu medo (E2)</i></p> <p><i>(...) promover brincadeiras e atividades para as crianças adequadas com consciência, com conhecimento e estudo pedagógico das atividades (...) podermos ser efetivamente um elemento mediador, facilitador da tomada de consciência da criança de uma forma ajustada (...) cuidar não é só estar a dar medicação, fazer quimioterapia, é efetivamente necessário, é efetivamente inadiável, porque a criança está doente, mas os nossos meninos não são doença, acima de tudo eles são meninos e a educação é deixar que eles sejam meninos, ainda que doentes, mas meninos (E3)</i></p> <p><i>(...) uma forma de ajudar também os profissionais que cá estão a fazerem mais e a fazerem de outra forma e seria importante porque isso é muito o que nos falta (E4)</i></p>
--	----------------------	--	--